

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**OS EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO PÉLVICO NA PREVENÇÃO
DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Sob a orientação da
Prof.^a Doutora Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro

Joana Pinto
Porto | 2014

"O amor de mãe por seu filho é diferente de qualquer outra coisa no mundo. Ele não obedece lei ou piedade, ele ousa todas as coisas e extermina sem remorso tudo o que ficar em seu caminho."

Agatha Christie

AGRADECIMENTOS

Quando nos propomos à realização de qualquer trabalho que necessite de empenho e dedicação da nossa parte, necessitamos da compreensão, companheirismo e ajuda de todos aqueles que nos rodeiam. Assim sendo, este é o momento ideal e apropriado para agradecer:

À Prof. Marinha Carneiro, coordenadora do curso e orientadora do projeto, pela orientação, apoio, dedicação e disponibilidade prestada, assim como, pelas importantes críticas e sugestões durante a orientação;

Às minhas tutoras dos estágios e a todos os profissionais com quem trabalhei ao longo deste percurso, pela paciência, ensino, compreensão, por me terem ajudado a crescer enquanto pessoa e profissional;

A todos os professores, que ao longo do curso de mestrado, contribuíram para a minha formação na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Investigação;

À minha família, em especial ao Mané, aos meus pais, à minha avó Teresa, à minha sogra pela ajuda e disponibilidade que sempre demonstraram para me puder dedicar a este projeto;

Aos meus colegas de serviço pela compreensão que evidenciaram ao longo deste percurso formativo;

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este projeto se tornasse possível.

A TODOS MUITO OBRIGADA

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

ATPPT – Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo

BCG - Tuberculose

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTG - Cardiotocografia

DM – Diabetes Mellitus

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EGB – *Estreptococos Grupo B*

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

HELLP - *Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count*

HTA – Hipertensão Arterial

IU – Incontinência Urinária

IUs – Incontinências Urinárias

IUE – Incontinência Urinária Esforço

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUU – Incontinência Urinária Urgência

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MPP – Músculos Pavimento Pélvico

NE – Nível de Evidência

NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OCI – Orifício do Canal Interno

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidência

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional

PNA – Pielonefrite Aguda

PPT – Parto Pré-Termo

RCIU – Restrição do Crescimento Intrauterino

RCOG - *Colégio Britânico de Obstetras e Ginecologistas*

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RPM – Ruptura Prematura de Membranas

TP – Trabalho de Parto

TPPT – Trabalho de Parto Pré-Termo

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	11
1. PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	15
2. NO CAMINHO PARA A EXCELÊNCIA	19
2.1. Atividades Desenvolvidas Para a Aquisição das Competências Específicas	19
2.1.1. <i>Gravidez com Complicações</i>	20
2.1.2. <i>Trabalho de Parto e Parto</i>	33
2.1.3. <i>Auto-Cuidado no Pós-Parto e na Parentalidade</i>	48
3. OS EFEITOS DOS EXERCÍCIOS DO PAVIMENTO PÉLVICO NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NA PUÉRPERA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	67
3.1. Introdução ao Problema	67
3.2. Metodologia	70
3.3. Questão Orientadora da Investigação	72
3.4. Seleção da Amostra	72
3.5. Dados Extraídos dos Estudos Seleccionados e Categorização dos Estudos	73
3.6. Avaliação dos Estudos/ Resultados	78
3.6.1. <i>Exercícios dos MPP</i>	78
3.6.2 <i>Como é que os exercícios dos MPP funcionam na prevenção e tratamento da IUE</i>	80
3.6.3 <i>Supervisão dos exercícios dos MPP</i>	84
3.7. Discussão	90
3.8. Conclusão.....	93
4. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	95
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

ANEXO I: Número de Partos Realizados e Assistidos	115
--	------------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resumo dos Artigos	77
Tabela 2: Sistema de classificação de tonicidade pélvica de Oxford	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de Grávidas cuidadas	97
Gráfico 2: Número de Puérperas e Recém-Nascidos cuidados	98
Gráfico 3: Número de Parturientes e Recém-Nascidos cuidados e Partos realizados e participados	98

LISTA DA FIGURAS

Figura 1: Diagrama dos Exercícios Pélvicos	78
--	----

RESUMO

O relatório de estágio tem como principal objetivo descrever as atividades e as intervenções desenvolvidas na aquisição de competências específicas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, tendo subjacente o regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para obtenção do grau de mestre. As principais áreas de intervenção especializam os cuidados à mulher durante o processo de gravidez com complicações, trabalho de parto e pós-parto.

Neste processo foram desenvolvidas intervenções recorrendo à evidência científica e à análise crítica e reflexiva dos cuidados específicos e especializados, problematizamos situações que carecem de intervenções de enfermagem, que podem ser potencializadoras do bem-estar materno desde a gravidez ao pós-parto. Foi também realizada uma revisão integrativa da literatura recorrendo à prática baseada na evidência, que compreende o uso consciente da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente. Através da literatura concluiu-se que a eficácia dos exercícios dos Músculos do Pavimento Pélvico na prevenção da Incontinência Urinária de Esforço compreende a realização de um programa de treino intensivo, com a supervisão dos exercícios por parte dos enfermeiros especialistas, sendo necessário motivação por parte da grávida/puérpera para garantir que o programa seja continuado durante o período de tempo necessário.

A abordagem mais benéfica para a realização de exercícios dos Músculos do Pavimento Pélvico para prevenção da incontinência urinária passa por proporcionar um programa individual de ensino do treino de força. Tratando-se de um tratamento rentável que utiliza poucos recursos e tem menos efeitos secundários do que os tratamentos farmacológicos e/ou cirúrgicos, poderá também ser indicado um programa de exercícios à população feminina em geral, para prevenir a incontinência urinária na mulher. As recomendações, no que diz respeito ao número e frequência da realização destes exercícios precisam de ser determinadas e clarificadas por pesquisas futuras.

Palavras-chave: Competências; Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia; Pavimento Pélvico; Exercícios dos Músculos do Pavimento Pélvico; Incontinência Urinária.

SUMMARY

The principal objective of this internship report is the description of the activities and interventions involved in the acquisition of the specific competencies for maternal health and obstetrical nursing according to the regulations of the Escola Superior de Enfermagem do Porto for obtention of a Master's degree. The main areas involved were the specific care given during pregnancies with complications, labour (childbirth) and postpartum.

During this process various interventions were developed using scientific evidence and critical analysis of the specific specialized care of problem conditions that lack nursing interventions and that may potentially increase maternal well being from pregnancy to postpartum. A systematic review of published literature was also made resorting to evidence-based practice which is the conscientious use of current best evidence in making decisions about the care of the individual patient.

Pelvic floor muscle training exercises are effective in the prevention of stress urinary incontinence is the conclusion drawn from review of published literature. These exercises involve an intense training program with the supervision of nursing specialists for the necessary motivation in order to guarantee that the program is maintained by the pregnant women/puerperal during the time period required.

The most beneficial approach for pelvic floor muscle training exercises for the prevention of stress urinary incontinence involves providing an individualized strength training regimen. Because it is profitable (low cost) and has fewer side effects than pharmacological and/or surgical treatments, these may also be used by the general female population for prevention of urinary incontinence in women. The recommendations with respect to the number and frequency of these exercises still need to be determined and clarified by future research.

Key words: Competencies; Nursing Specialist in Maternal Health and Obstetrics; Pelvic floor; Pelvic floor muscle training exercises; Urinary incontinence

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio de natureza profissionalizante expõe as atividades desenvolvidas durante o Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto (TP) e Parto e Pós-Parto, para atingir as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e dar cumprimento ao Regulamento n.º 127/2011 do Diário da República, 2.ª série – N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, que tem como objetivo principal cumprir as diretivas para a obtenção do título de enfermeiro especialista, sustentadas na Lei n.º 9/2009, de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro, inerentes ao Regulamento do segundo Ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, conducente ao grau de mestre.

A aprendizagem reflexiva implica uma participação intencional do estudante, o que constitui um fator favorável à construção do seu próprio conhecimento e, consequentemente a uma evolução da disciplina e do conhecimento de enfermagem. A opção pela realização de um estágio de natureza profissional prende-se pela construção do conhecimento na área da Enfermagem de Saúde Materna e, para tal, foi elaborado um projeto de estágio com o intuito de demonstrar a aquisição de conhecimentos, competências, aptidões e atitudes, inerentes ao processo de cuidados de enfermagem especializados, dirigidos à mulher e família, em situações específicas durante o processo gravítico com complicações, em TP e parto, e respetiva promoção da saúde e transição à parentalidade, no pós-parto.

Com este relatório pretende-se pôr em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo de estágio e sua contribuição para a entidade de acolhimento. Este ensino clínico constituiu um segmento de formação essencial, uma vez que nos proporcionou diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de atuação do enfermeiro especialista, com a descrição das atividades desenvolvidas durante este percurso e sua justificação com base na evidência científica atual. De acordo com a OE (2010), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, envolvidos nos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes, em situações de médio e alto risco.

Com a concretização desta etapa de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, que conduzirá à aquisição do título de Enfermeira Especialista, e com o intuito de reconhecer e evidenciar as competências conducentes à obtenção do grau de mestre, procuramos fazer um exercício autocrítico e reflexivo do nosso desempenho evidenciando-o no presente relatório. Ao longo deste percurso formativo foi também realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) tendo subjacente o seguinte objeto de estudo: os exercícios do pavimento pélvico e a prevenção da incontinência urinária de esforço (IUE) na puérpera.

Dentro dos diferentes tipos de incontinência urinária (IU), optamos por fazer referência à IUE por ser o mais frequente entre as mulheres, durante a gravidez e pós-parto (Hannestad [et al.], 2000 cit. por Huebner [et al.], 2010). A IUE é definida como a perda involuntária de urina, varia de grau mas afeta a qualidade de vida da mulher a vários níveis (social, psicológica, sexual e física) (The Joanna Briggs Institute, 2011). De acordo com este autor, a prevalência desta morbilidade pode variar entre os seis a 43%.

No sentido de clarificar esta temática, foi formulada a seguinte questão de investigação: **Os exercícios dos músculos do pavimento pélvico, quando realizados nos períodos pré e pós-natal, previnem a incontinência urinária de esforço na puérpera sujeita a um parto vaginal?**

O interesse pelo fenómeno em estudo, emergiu durante o percurso quer académico como profissional, enquanto Enfermeira nos cuidados de saúde primários, com a prestação de cuidados a puérperas com queixas a nível urinário, mais propriamente a IUE, bem como pela sua grande complexidade e influência na qualidade de vida da mulher. Assim, pretendemos problematizar e desocultar o conhecimento numa área cujo investimento na sua difusão permita aos EEESMO implementar medidas preventivas e de tratamento relativamente à sintomatologia da IUE durante a gravidez e após o parto.

De forma a dar cumprimento aos objetivos expostos, este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo referimos o percurso de formação descrevendo os objetivos gerais do estágio profissionalizante e sua contextualização. No segundo capítulo, descrevemos todas as atividades e intervenções desenvolvidas em contexto de estágio. No terceiro capítulo abordamos a RIL sobre a IUE com a exposição das etapas e respetivas conclusões, assim como as sugestões para aplicação na prática, ensino e investigação. Por último, no quarto capítulo, apresentamos uma análise global e reflexiva sobre o processo de desenvolvimento do estágio e da RIL.

De uma forma geral, na primeira parte estão relatadas as atividades realizadas durante o estágio profissionalizante, com a reflexão de algumas práticas e experiências, com base nas evidências mais recentes, que possibilitaram o crescimento enquanto ser humano, enfermeira e futura especialista. Esta é, sem dúvida, uma área de enfermagem que nos motiva e impulsiona,

por sermos competentes para auxiliar e acompanhar a mulher/casal desde a pré-concepção, gravidez, TP, parto e pós-parto, sendo indispensável a nossa intervenção para coadjuvar neste crescimento/adaptação/transição.

Na segunda parte, está evidenciada a investigação em enfermagem. A OE (2006) afirma que a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento na disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena. O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma PBE, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Para suporte deste relatório, as fontes utilizadas tiveram como base a pesquisa em livros e artigos de revistas científicas de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Investigação - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), Sinais Vitais, Journal of Pharmacy Research, People's Journal of Scientific Research, British Journal of Midwifery, Journal of Obstetrics ; Gynaecology, Journal of Psychosomatic Obstetrics ; Gynecology, Nursing, Journal of Midwifery ; Women's Health e entre outras, e bases de dados científicas na área da saúde – Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL Plus with Full Text, National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), e entre outras, através da plataforma EBSCO host, para fundamentar teoricamente o seu conteúdo, optando sempre pela bibliografia mais atual.

1. PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O Estágio Profissionalizante do segundo Ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) realizado para a aquisição de competências do EEESMO, tem incluído três grandes áreas de intervenção: Gravidez com Complicações, TP e Parto e Autocuidado pós-parto e Parentalidade, com um total de 900 horas. Os diferentes módulos foram realizados no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Hospital Padre Américo.

De acordo com o estipulado no plano de estudos, bem como segundo o regulamento das competências específicas do EEESMO da OE de 2010, os objetivos deste estágio profissionalizante são os seguintes:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, TP, Parto e de Puerpério, que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora, gravidez, processo de maternidade e exercício da parentalidade em contexto hospitalar;
- Descrever as atividades desenvolvidas e a sua intencionalidade de acordo com as evidências científicas;
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional;
- Recorrer à investigação em enfermagem, para desenvolver um estudo sobre os exercícios do pavimento pélvico na prevenção da IUE na puérpera, de acordo com a evidência científica recente;
- Evidenciar capacidade autocrítica e reflexiva do exercício profissional enquanto estudante.

Um dos objetivos centrais deste relatório é demonstrar a aquisição das competências do EEESMO, sendo importante dar um parecer relativo à palavra “competência”. Fleury; Fleury (2001) definem competência como uma palavra que designa uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa.

Sveiby (1998) faz uma comparação entre conhecimento e competência com relação à capacidade de saber. Especifica o conhecimento como a capacidade de saber e aprender continuamente e a competência como a capacidade de identificar nas informações as formas e regras de ação com a segurança de um especialista. Aprimora a competência com a perícia, que no caso, possibilita transformar, readaptar e inovar as ações. Assim, como o conhecimento é a base para a competência, a perícia é o diferencial de inovação e segurança de ação que o profissional competente desenvolveu. Indica o alto nível de conhecimentos reagentes e intrínsecos ao indivíduo que possibilitam o imediatismo e a precisão de reação.

Portanto, em qualquer área da Enfermagem, todos os Enfermeiros Especialistas possuem conhecimentos, competências, responsabilidades, inerentes à sua área de formação e comuns à Enfermagem.

Segundo a OE (2010), as “*Competências comuns*”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. As “*Competências específicas*”, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Com o iniciar deste trajeto formativo tivemos a preocupação transversal de colocar em evidência os conhecimentos pré adquiridos aliados à experiência e à procura sistemática de informação atual, baseada na evidência científica mais recente. Procuramos igualmente respeitar os protocolos dos serviços da instituição hospitalar.

Perante uma diversidade de atividades, experiências e patologias, tivemos uma atenção especial para a IU, mais propriamente, a IUE. Esta é uma área de interesse de investimento transversal ao longo da realização de todo o ensino clínico, pois influencia claramente a qualidade de vida da grávida e, posteriormente, da puérpera. A IU trás consigo o estigma de uma condição socialmente não aceite, quer devido à falta de conhecimento como a apreciações erradas e preconceitos, o que por sua vez, leva ao isolamento pessoal, ao constrangimento social e ao adiamento em procurar ajuda profissional adequada. Assim, como profissionais especializados, temos de agir na prevenção, com a execução de cuidados de enfermagem gerais e especializados, informando corretamente a grávida/puérpera/casal, sobre a realização dos exercícios fundamentais para o pavimento pélvico, demonstrando o nosso conhecimento na área, de forma a prevenir a IUE, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Normalmente a IUE surge nos dois últimos trimestres mas é no último que ganha especial importância, pois o útero comprime a bexiga, causando vontade e urgência em urinar. A IU

observada durante a gravidez tende a evoluir para a regressão espontânea, nas seis semanas pós-parto, porém pode surgir casos de não regressão. Conseguir uns MPP exercitados antes do recém-nascido nascer irá facilitar a recuperação após o parto, e para tal a realização dos exercícios do pavimento pélvico a executar nos períodos pré e pós-natal, podem prevenir a IUE no pós-parto? Para dar resposta a esta questão foi produzida uma RIL fundamentada pela PBE.

A Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de sete de Setembro de 2005, o programa de estudos para obtenção do título de EEESMO inclui as duas vertentes seguintes: Ensino teórico e técnico e Ensino prático / ensino clínico. Relativo ao ensino prático, o EEESMO deve realizar, pelo menos, 40 partos, sendo que quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição do aluno participar, para além daqueles, em 20 partos. Para além disso, deve ter ao seu cuidado, pelo menos, 100 exames pré-natais nas consultas de grávidas, vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes, prática de episiotomia e iniciação à sutura, vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco, vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais, observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas quer pré como pós termo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos com patologia, cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.

O horário realizado foi de acordo com o praticado na instituição, seguindo o horário das enfermeiras tutoras e a oportunidade para a consecução dos objetivos traçados. Foram privilegiados o turno da manhã e tarde, por considerar que seriam mais potenciadores de experiências, no que diz respeito ao ensino clínico Gravidez com Complicações e Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade. Quanto à unidade de TP e Parto, seguindo o horário das tutoras, foram realizados turnos noturnos e diurnos. Assim, a carga horária estabelecida pelo plano de estudos foi cumprida. As aulas de orientação tutorial serviram para a reflexão, análise e construção deste relatório.

2. NO CAMINHO PARA A EXCELÊNCIA

Neste capítulo pretendemos elucidar o percurso formativo ao longo do ensino clínico com a descrição de todas as atividades, intervenções e ações que foram desenvolvidas, de forma a demonstrar as competências adquiridas, indo ao encontro do que está preconizado no Regulamento de Estágio.

Tivemos, igualmente em atenção, o regulamento das competências específicas do EEESMO, ao assumir a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de intervenção: gravidez, TP e parto e puerpério. No Regulamento está descrito que o EEESMO assume a responsabilidade de assistência à mulher que vivencia processos de saúde / doença durante o período pré-natal, o TP com a realização do parto num ambiente seguro, a otimização da saúde da parturiente e a adaptação do RN à vida extra-uterina e, no pós-parto, auxilia a puérpera na transição e adaptação para a parentalidade, com a prevenção de complicações inerentes ao puerpério (OE, 2010).

Portanto, este Estágio visa criar condições propícias a desenvolver nos enfermeiros / estudantes a aquisição das competências do EEESMO, que problematizem e promovam a excelência do exercício profissional, em cuidados especializados inerentes ao suporte do processo de maternidade e exercício da parentalidade, com base na melhor evidência científica em conjunto com o pensamento crítico e reflexivo na tomada de decisões conscientes e que melhor traduzem a sua prática.

2.1. Atividades Desenvolvidas Para a Aquisição das Competências Específicas

O processo de enfermagem é o instrumento da assistência de enfermagem. Proporciona uma abordagem para a resolução de problemas de forma ordenada, lógica e utilizando uma metodologia científica para a gestão de cuidados de enfermagem, para que as necessidades dos utentes sejam satisfeitas de maneira personalizada, global e eficaz.

Assim, surge então a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que pretende uniformizar a linguagem técnica entre todos os profissionais de uma determinada área de conhecimento, neste caso da Enfermagem.

Na linguagem CIPE, um diagnóstico de enfermagem é a designação atribuída à decisão sobre um fenómeno que representa o foco de intervenção. Um diagnóstico de enfermagem é composto por conceitos contidos nos eixos da classificação dos fenómenos de Enfermagem.

Perante esta realidade, no estágio profissionalizante recorreremos constantemente à linguagem CIPE, de forma a uniformizar os cuidados de Enfermagem, com a identificação de focos de enfermagem, seus diagnósticos e intervenções, adequados em cada caso em particular. Porém, no desenrolar deste relatório optamos pela não descrição de todos os processos de enfermagem que foram elaborados, por considerarmos ser um processo demorado, sendo que o número de utentes ao nosso cuidado foi elevado, como podemos verificar na descrição presente no quarto capítulo. Pretendemos dar a conhecer as tecnologias e os recursos existentes que nos auxiliaram na aquisição das competências, como é o caso do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, que tem como referência base a CIPE.

Neste subcapítulo, estão descritas as diferentes atividades e experiências que foram desenvolvidas durante os campos de estágio, de forma a demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO, baseado na evidência científica mais recente, refletindo sobre os cuidados prestados à mulher grávida, parturiente, puérpera/, casal e seus entes significativos.

Apesar dos diferentes módulos não terem sido realizados de acordo com o desenvolvimento normal de todo o processo: Gravidez, TP e Parto e Pós-Parto, por uma questão de organização, deste relatório iremos expor as atividades e experiências de acordo com a ocorrência de cada evento: entrada da grávida/casal no internamento, o nascimento do recém-nascido e o pós-parto no serviço de Obstetrícia.

2.1.1. Gravidez com Complicações

O Enfermeiro Especialista é um profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências específicas em Enfermagem de saúde materna e obstétrica, assumindo a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial no âmbito da assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o período pré-natal (OE,2010).

Uma gestação é considerada de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral (Graça, 2010). Assim, um dos objetivos da vigilância pré-natal é a identificação de uma gravidez de risco, através da avaliação inicial (anamnese), com um exame objetivo, testes laboratoriais e ecográficos que são realizados no decurso da gravidez. Para além disso, uma

prevenção e detecção precoce das complicações constitui igualmente um dos objetivos da vigilância da gravidez pré-natal.

Sendo a gravidez de alto risco aquela em que a saúde da mãe ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez, a assistência a grávidas de alto risco exige, por isso, a prestação de cuidados de Enfermagem em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos clínicos fundamentados na mobilização de conhecimentos específicos da área da Saúde Materna e Obstétrica, sendo portanto, uma situação que requer a permanência de EEESMO.

Aquando do diagnóstico de uma gravidez com complicações, frequentemente isso impõe a necessidade de ajustes quer a nível pessoal como na rotina da casa e no quotidiano dos familiares. Deste modo, quando uma grávida recebe a notícia de que a sua gravidez é de risco, podem emergir vários sentimentos e emoções como: sentir-se vulnerável, sozinha, desamparada e insegura, desconfiando da sua capacidade de gerar uma vida e defrontando-se com a ameaça da perda do seu recém-nascido. Estas alterações podem comprometer a formação de laços afetivos entre a mãe e o recém-nascido. Para além destes aspetos, a grávida fica limitada às normas hospitalares em caso de internamento (Santos, 2003). Ao longo do estágio foi possível encontrar diferentes situações, cada uma com a sua particularidade. No entanto, podemos acoplar como patologias mais frequentes:

- ❖ Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU);
- ❖ Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo (ATPPT);
- ❖ Ruptura Prematura de Membranas (RPM);
- ❖ Pielonefrite;
- ❖ Doenças hipertensivas e pré-eclâmpsia;
- ❖ Placenta prévia;
- ❖ Diabetes Gestacional.

A admissão neste serviço de grávidas com patologia acontece frequentemente sem aviso prévio. Assim, aquando da entrada na unidade era efetuada uma leitura atenta e precisa do processo da grávida, para verificar a sua situação clínica e os antecedentes pessoais e familiares. Posteriormente eram fornecidas, á mulher/convivente significativo, todas as informações necessárias, desde o motivo pelo qual estava a ser internada e os procedimentos que seriam realizados face à sua situação, era também efetuada uma apresentação do espaço físico.

Tal como Moreira [et al.] (2009) referem que o acolhimento não se deve limitar ao ato de receber, é necessário que seja individualizado e que demonstre segurança, conforto e que satisfaça as dúvidas e necessidades quer da grávida como do seu acompanhante.

Como área de atuação é fundamental saber intervir individualmente em cada uma das diferentes patologias, atendendo a cada mulher de forma personalizada.

Os fetos com RCIU constituem uma população de risco aumentado de mortalidade e morbidade perinatal e também ao longo da vida. Embora existam múltiplas etiologias para a RCIU, a que resulta de insuficiência placentária (disfunção vascular) é a mais relevante clinicamente. Na presença de RCIU, a avaliação seriada dos parâmetros biofísicos fetais era efetuada com o objetivo de otimizar o término da gravidez, atingindo o melhor balanço possível entre a maturidade e a hipóxia fetal sustentada, de forma a reduzir a morbimortalidade perinatal (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008).

Battaglia; Lubchenco (1967) cit. por Neto; Córdoba; Peraçoli (2011) definiram recém-nascido pequeno para a idade gestacional (PIG) quando o peso fetal se encontra abaixo do percentil 10 para a idade gestacional. Alguns recém-nascidos PIG, classificados como constitucionalmente pequenos e que apresentam curva de crescimento com distribuição normal, não apresentam os estigmas da restrição patológica de crescimento, sendo apenas biologicamente menores. Portanto, em algumas situações é difícil diferenciar fetos com RCIU de fetos PIG saudáveis. Alguns autores definem RCIU usando esse mesmo conceito, porém empregam os percentis cinco ou três para o diagnóstico, aumentando assim a sensibilidade.

Essas diferentes definições de RCIU, baseiam-se na distribuição de peso e idade gestacional comparadas à curvas-padrão da população, sendo necessário determinar as curvas específicas para cada população, pois o crescimento fetal pode ser influenciado por fatores como a raça, o sexo e a classe social (Neto; Córdoba; Peraçoli, 2011).

Se a RCIU é identificada próxima do termo (entre 34 e 37 semanas de gestação), numa gestante com pré-eclampsia grave, o parto é recomendado (Boulet [et al.], 2006). Nos fetos mais prematuros (inferior a 34 semanas de gestação), a decisão é mais complexa, principalmente se considerarmos que a mortalidade fetal é menor do que a neonatal para gestações com menos de 31 semanas de gestação. Embora o uso de corticóides tenha reduzido a morbidade pulmonar e neurológica nos prematuros, o seu uso rotineiro frente à RCIU, na ausência de risco de parto prematuro, é controverso (Brodsky; Christou, 2004).

Diversas abordagens são habitualmente propostas para a atuação numa gestação com RCIU, entretanto, não existe nenhum tratamento efetivo para estimular o crescimento fetal. Dentre estas condutas podemos citar: o suplemento da nutrição materna, medicações fornecidas à grávida como, por exemplo, o ácido acetilsalicílico em baixas doses e óxido nítrico. O suplemento de oxigénio demonstrou ser efetivo no aumento da tensão de oxigénio fetal e melhora o bem-estar transitório fetal, mas os benefícios a longo prazo ainda não foram notados. O repouso também tem sido recomendado, mas não existem evidências que comprovem qualquer efeito no crescimento fetal (Sá, [et al.], 2009).

Um aspeto considerado importante é a avaliação da altura uterina, o não crescimento do abdómen materno, consoante a idade gestacional, pode ser um dado inicial para a suspeita de

RCIU. Esta avaliação consiste no uso de uma fita métrica colocada no bordo superior da sínfise púbica até ao fundo uterino. A grávida deve ter a bexiga vazia e posicionar-se em decúbito dorsal, com a cabeça elevada (em *semi-fowler* e joelhos ligeiramente fletidos), destapando o abdômen. Esta avaliação era realizada a todas as gestantes após as 24 semanas de gestação (National Collaborating Centre for Women's, 2008). Ao longo do estágio, e consequentemente, nas diferentes grávidas a quem foram prestados cuidados, foi possível identificar atitudes terapêuticas de enfermagem comuns às diferentes patologias. Uma das características comuns de internamento a grávidas com complicações centra-se nas hospitalizações prolongadas.

Portanto, dentro das ações descritas, as nossas intervenções tiveram como principal objetivo a vigilância materno-fetal, com a monitorização com CTG uma vez por turno, avaliação da altura uterina, dos sinais vitais, vigilância conjunta com a equipe médica do perfil biofísico fetal, identificação correta da IG para a possível administração de corticoterapia pulmonar fetal. Para além disso, nestas situações é essencial o apoio disponibilizado à grávida e respetiva família, no sentido de estes perceberem o que estava a acontecer, possibilitando o esclarecimento de dúvidas e a expressão de emoções. Presenciamos casos de grávidas com RCIU por hábitos tabágicos maternos e, nestes casos, a necessidade de informar e educar a grávida e família sobre os riscos da nicotina para o feto foi realizada. A nicotina tem um efeito prejudicial no bem-estar fetal, inibe o crescimento fetal, altera a função pulmonar (reduz a produção do surfactante), risco elevado de pneumonias, bronquites, otites, redução da circunferência do crânio, síndrome da morte súbita infantil e asma (Lowdermilk; Lewis, 2008). O apoio constante, o estímulo de força de vontade, de confiança foram incutidos sistematicamente, sendo que o suporte incondicional da família foi extremamente importante. A base para o sucesso está na força de vontade da grávida. As nossas intervenções basearam-se na informação através da leitura de artigos científicos dos efeitos nocivos da nicotina para o feto, incentivando a realização de atividades de distração, como, ler um livro, fazer atividades no computador, tricotar, ouvir música (mediante o gosto de cada grávida), o uso de pastilha elástica ou rebuçado sem açúcar ou a beber um copo de água quando sentir vontade de fumar e evitar estar perto de pessoas que estejam a fumar. Em muitos casos, as intervenções foram um sucesso, com uma redução significativa do número de cigarros consumidos por dia.

Neste serviço tivemos a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com diagnóstico de ATPPT, nomeadamente, uma grávida de 30 semanas de gestação com ATPPT por incompetência cervical, com a descrição posterior dos procedimentos/cuidados prestados neste caso clínico em particular.

O parto pré-termo (PPT) é aquele que se inicia antes de completar a 37ª semana de gestação e após se ter atingido o tempo de gestação tido como limite inferior da viabilidade, o qual se pode situar entre a 22ª e 28ª semana de gestação (Graça, 2010).

Tal como refere Iams (2010), o PPT está associado a 75% de morbilidade perinatal e mortalidade de recém-nascido que nasce sem anomalias congénitas. Sequelas do nascimento prematuro incluem paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento visual, deficiência auditiva e doença pulmonar crónica. A incidência de PPT tem aumentado nos últimos anos, apesar de esforços generalizados na área.

A ATPPT consiste na existência, antes das 37 semanas de gestação, de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com segmento inferior uterino distendido, mas sem extinção por dilatação do colo. O trabalho de parto pré-termo (TPPT) efetivo retrata-se na situação sobreponível à anterior, mas com extinção e dilatação do colo uterino. Por outro lado, o falso trabalho de PPT designa-se pela ocorrência, antes das 37 semanas de gestação de contratilidade uterina durante duas a quatro horas, mas sem desenvolvimento do segmento inferior e sem alterações do colo uterino, cessando espontaneamente (Graça, 2010).

De forma a intervir eficazmente em casos de APPT é importante que o EEESMO tenha o conhecimento e as competências necessárias para atuar atempadamente e prestar cuidados de excelência à grávida, os quais vamos abordar ao longo desta temática.

As atitudes terapêuticas aquando deste diagnóstico dependem da idade gestacional da grávida, que incluíam a maturação pulmonar fetal com corticoterapia, uso de agentes tocolíticos, a determinação da presença ou não do estreptococos do grupo B (EGB) se desconhecido, a realização de CTG uma vez por turno (ou sempre que a grávida refira dor abdominal, diminuição da perceção dos movimentos fetais, perda de sangue ou LA ou outra alteração), repouso, conforme o seu estado clínico.

Ao longo do estágio, foi possível presenciar que a maturação pulmonar é uma indicação médica muito frequente. Neste sentido, tivemos intervenções resultantes de prescrição: a administração de terapêutica para a maturação pulmonar com corticoterapia, de acordo com o protocolo da instituição, realizada a todas as grávidas com ATPPT e com a idade gestacional compreendida entre as 24 e as 34 semanas e seis dias de gestação. A Betametasona de 12 mg era a eleita, em duas doses, com intervalo de 24 horas, complementando um único ciclo. Este corticóide evita ou reduz a incidência e a gravidade da síndrome de dificuldade respiratória e da hemorragia intraventricular do recém-nascido, sendo que a sua repetição semanal não melhora significativamente o desfecho neonatal (Graça, 2010). Apesar de ser um único ciclo, os efeitos adversos são momentâneos mas não deixam de ser valorizados, com a avaliação da tensão arterial materna antes e após a administração pelo risco de hipertensão arterial (HTA). No caso da grávida com diabetes mellitus (DM), deve ser feita uma avaliação rigorosa das glicemias antes e após a administração. A betametasona tem também um efeito neuroprotetor fetal. Além disso, a exposição antenatal de betametasona e não de dexametasona parece estar associado com

uma diminuição do risco de leucomalacia periventricular nos recém-nascidos prematuros (Graça, 2010).

Dos tocolíticos disponíveis, o Atosiban (antagonista da ocitocina) e a Nifedipina (antagonista do cálcio) aparecem como as primeiras escolhas, uma vez que têm eficácia comparável à dos beta-miméticos associando-se a menores efeitos secundários (Graça, 2010).

São administrados a todas as grávidas entre as 24 e as 34 semanas e seis dias de gestação. Os cuidados, no caso da Nifedipina passaram pela sua administração por via oral e nunca sublingual, pelo risco de hipotensão grave materna. Assim foi necessária a avaliação da tensão arterial antes e após a sua administração. Na administração do Atosiban, sendo este colocado por via endovenosa e em três passos, visa o conhecimento prévio sobre a correta dose de administração e os efeitos colaterais (cefaleias, tonturas). Aquando da administração do Atosiban foi fundamental o uso concomitante do CTG para avaliação da tocografia e consequente bem-estar fetal.

Portanto, no caso clínico exposto anteriormente, tivemos que prestar cuidados especializados e individualizados no sentido de manter a gravidez até ao termo. O repouso no leito, a monitorização materno fetal com CTG uma vez por turno, a avaliação dos sinais vitais, a não realização do exame vaginal, a vigilância de perda hemática e de líquido amniótico, a administração da medicação prescrita – maturação pulmonar, cuidados de higiene e conforto no leito, o auxílio na mudança de posição, apoio emocional e o esclarecimento de dúvidas foram intervenções realizadas (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008).

Apesar do repouso no leito ser uma prática recorrente aquando da ameaça de PPT, segundo Graça (2010), não está comprovado que esta prática deva constituir uma componente padrão da prevenção ou tratamento desta patologia.

Também a revisão efetuada em 2010, pela Cochrane, concluiu que não existe evidência, quer para suportar ou refutar o repouso no leito quer em casa como no hospital, para prevenir o PPT. Concluindo que, embora o descanso quer no domicílio ou no hospital seja usado como primeira linha de tratamento, não existe evidência que essa prática possa ser benéfica.

O facto de a grávida ter de passar muito tempo no leito implica que se encontrem estratégias para que este aspeto não se torne um catalisador de ansiedade. Assim, as intervenções passaram por explicar à grávida que o repouso no leito é uma das prescrições habituais para a prevenção do PPT, sendo uma medida que pode ajudar a prolongar a gravidez para o termo. Porém, este repouso deverá ser intercalado com a prática de exercícios passivos, mudanças de posição, para prevenir quadros tromboembólicos (cuidados descritos posteriormente).

Tal como Lowdermilk; Lewis (2008) referem, foram realizados vários ensinamentos acerca das atividades a serem realizadas quando a grávida está em repouso, tais como: o uso de computador portátil, acesso à internet, leitura de livros, limitar as sestas, fazer palavras

cruzadas, puzzles, ouvir música, ver televisão, vídeos, fazer projetos de trabalho e de enxoval do recém-nascido, sendo que havia grávidas que gostavam de fazer ponto de cruz. O nosso objetivo era que as grávidas explorassem uma panóplia diversificada de atividades que pudessem realizar no leito, para encontrarem aquelas que se identificassem mais e atribuíssem mais significado.

No caso clínico referido anteriormente, a grávida encontrava-se inscrita no curso de preparação para o parto e parentalidade da instituição hospitalar, pelo que, com incentivo, teve a oportunidade de frequentá-lo, pois para além de ser benéfico para a sua preparação para a maternidade, também permitiu que convivesse com outras grávidas.

Quando se estava perante uma ATPPT era importante saber se a grávida percecionava os movimentos fetais. A redução ou cessação dos movimentos fetais pode predizer morte fetal. O reconhecimento desta redução e a confirmação do compromisso fetal e a atuação clínica em conformidade pode prevenir este desfecho, a morte fetal. Todavia, a causa da maioria das mortes fetais no período pré-natal é, ainda, desconhecida (Enkin [et al.], 2000).

Segundo Gilbert [et al.] (2002), em resposta à hipóxia crónica, o feto reduz ou cessa os seus movimentos, com o objetivo de reduzir o consumo de oxigénio e conservar energia. A grávida deve ter consciência de que a perceção dos movimentos fetais é importante, pois a partir das 24 semanas de gravidez os movimentos fetais mantêm-se constantes (Connors, 1988 cit. por Gilbert [et al.], 2002). Como sinal de alerta, podemos referir a ausência ou redução dos movimentos fetais: menos de 10 por hora, em duas horas consecutivas (Strickland; Darby-Stewart; Jamieson, 2009). A realização de CTG era comum a todas as grávidas internadas no serviço, podendo variar o número de vezes a ser realizada, sendo que no caso referido encontrava-se prescrita duas vezes por dia, sendo efetuada no turno da manhã e da tarde.

Como refere o Parecer n.º 275 / 2010 da OE, o CTG ou monitorização eletrónica da frequência cardíaca fetal e da atividade uterina é um método que contribui para a avaliação do bem-estar fetal pois permite o registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e dos movimentos fetais ativos, logo é da competência autónoma do EEESMO. A posição ideal da grávida durante a realização do CTG é de semi-sentada ou de decúbito lateral esquerdo, pela localização da veia cava (Lowdermilk; Lewis, 2008). Através do CTG é possível registar em simultâneo e de forma contínua, a contratilidade uterina, a frequência cardíaca fetal (FCF), assim como os movimentos fetais (Graça, 2010).

Segundo o Parecer n.º 275 / 2010 da OE, o procedimento identificado como “execução de monitorização cardíaca fetal” implica entre outros, a obtenção de conhecimentos científicos e técnicos que permitam identificar, no abdómen da grávida, o foco fetal (através das manobras de Leopold), e o fundo uterino, para a colocação dos transdutores, uma vez que a qualidade do sinal é essencial para a interpretação correta do registo.

É através da obtenção dos parâmetros registados no CTG que se efetua a sua interpretação e se classifica o padrão do traçado. Esta classificação tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações. No entanto, estes fatores têm de ser relacionados com outros, *como o conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal, e da situação clínica de cada grávida, de forma a detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados no bem-estar materno e fetal*” (Parecer n.º 275/2010 da OE). É por isso fundamental deter saberes consolidados e baseados na evidência científica, com uma correta avaliação e interpretação do registo do CTG, para que se possa tomar medidas atempadas e corretas para a resolução de alguma alteração da normalidade. Na realização do CTG, consideramos sempre a sua identificação, colocando o nome da grávida, número de processo, número da cama, a data e hora.

Com o decorrer do ensino clínico, apercebemo-nos que era importante explicar o porquê da realização de CTG e qual o seu objetivo, quer à grávida como aos acompanhantes, para que a grávida cumprisse todas as nossas orientações. Previamente à realização do CTG, era-lhe pedido para se deslocar ao WC (para esvaziar a bexiga), se assim o desejasse, já que para este procedimento era necessário estar deitada ao longo de 20 minutos, no mínimo, podendo este tempo ser aumentado de acordo com o resultado da leitura do traçado. Posteriormente, ajudava-se a grávida a colocar-se numa posição confortável, incentivando o decúbito lateral esquerdo e a posição de semi-fowler, de forma a evitar a hipotensão e assim aumentar a perfusão útero-placentária (Ricci, 2007).

Face à importância que este momento significava para a mulher era crucial não esquecer de testar o transdutor antes de o utilizar para assegurar a transmissão sonora. Colocava-se o cinto ajustado mas confortável e ajustava-se o botão para aferir a intensidade basal das contrações, entre 10 a 20 mmHg. Também se explicava que o traçado inferior do registo do monitor mostra a atividade uterina e o traçado superior revela a frequência cardíaca fetal.

Ao observar o CTG era necessário ter presente quais os aspetos a comunicar à equipe médica, nomeadamente, a presença de padrões não tranquilizadores, como a existência de: desacelerações variáveis graves, desacelerações tardias, ausência de variabilidade, desacelerações prolongadas, bradicardia grave, agravamento de qualquer padrão, dificuldade na obtenção de traçado adequado da FCF ou audição inadequada (Parecer n.º 275/2010 da OE).

Durante o estágio, foi possível realizar ensinamentos quanto aos sinais e sintomas de alerta: pressão na zona pélvica, lombalgia contínua, cólicas semelhantes às menstruais, alteração ou aumento da secreção vaginal, contrações uterinas de 10 em 10 minutos, dor ou peso nas coxas, cólicas intestinais quer estejam ou não associadas a diarreia e taquicardia (Freda; Patterson, 2004 cit. por Ricci, 2007).

Em contexto de estágio foi possível vivenciar casos de grávidas com infecção urinária, que pensamos ser relevante para o processo de aquisição de competência, optando por fazer uma breve referência.

A infecção urinária é uma situação infecciosa de etiologia bacteriana com maior prevalência na gravidez (Sheffield; Cunningham, 2005). São a causa de cerca de 20% das complicações durante a gestação e por 10% das admissões anteparto. São consideradas fatores predisponentes para PPT, RPM e RCIU. A predisposição natural da mulher para adquirir infecções urinárias em conjunção com as alterações fisiológicas e anatómicas do aparelho urinário na gravidez, facilitam o desenvolvimento de infecção urinária (Passos; Clode; Graça, 2008).

A infecção urinária divide-se em três entidades clínicas relacionáveis: a Bacteriúria Assintomática, com uma incidência de quatro a 10% na gravidez; a Cistite Aguda, com uma incidência de um a 1,5% na gravidez e a Pielonefrite Aguda (PNA), com uma incidência de um a dois por cento na gravidez (Hill [et al.], 2005). A pielonefrite é rara no primeiro trimestre, exceto nas grávidas diabéticas, com maior incidência no final do segundo trimestre e início do terceiro trimestre, havendo um maior predomínio nas nulíparas (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008).

Durante o período gestacional, a mulher passa a ter maior probabilidade de desenvolver um quadro de infecção urinária sintomática. Essa alteração deve-se às grandes mudanças fisiológicas e anatómicas que ocorrem no trato urinário (Figueiró-Filho [et al.], 2009). A dextro rotação uterina, bem como a dilatação da veia ovariana na gravidez, podem ser fatores causais para hidronefrose e o desenvolvimento mais frequente de pielonefrite à direita (Figueiró-Filho [et al.], 2009).

Há ainda o facto do pH urinário ser mais alcalino nas gestantes, situação favorável para o crescimento das bactérias nas vias urinárias. O aumento nas taxas urinárias de progesterona e estrogénio podem levar à diminuição da capacidade do trato urinário e à invasão bacteriana, uma vez que o hiperestrogenismo gestacional favorece a adesão de certas bactérias de *Echerichiacoli*., portadoras de adesinas tipo I, às células uroepiteliais. Os maiores responsáveis pela infecção do trato urinário são os germes gram-negativos entéricos especialmente a *Echerichiacoli* (Figueiró-Filho [et al.], 2009).

A PNA é uma síndrome clínica que conjuga, em proporções variáveis, uma série de sintomas e sinais (dor lombar, febre, arrepios, náuseas, vômitos, disúria, urgência urinária e polaquiúria), sendo o diagnóstico confirmado pela urocultura (Passos; Clode; Graça, 2008). Segundo a literatura, o diagnóstico de suspeição de PNA é confirmado pela presença de uma urocultura positiva. A ausência de resposta clínica após 24-48 horas de início de antibioterapia instituída deve levantar a suspeita de resistência ao antibiótico utilizado, obstrução urinária, abscesso

perinefrítico, celulite intra-renal ou existência de co-infecção (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008).

Nestas situações clínicas, os cuidados passam pela monitorização dos sinais vitais, registo diário do débito urinário, CTG uma vez por turno e incentivo para a hidratação abundante. Segundo igualmente o protocolo da instituição, a monitorização analítica, ecografia renovesical e urocultura uma semana após o fim da antibioterapia são também cuidados a ter em conta. A terapêutica analgésica, antipirética, antibioterapia endovenosa são prescrições a verificar (Campos; Montenegro; Campos, 2008).

Uma das situações que consideramos significativa no processo formativo foi o caso de uma grávida de 28 semanas de gestação com o diagnóstico de pielonefrite associada à hipertermia e taquicardia, com prescrição de antibioterapia endovenosa, em que decidiu assinar um termo de responsabilidade para ter alta, um dia após o internamento. Foi-lhe explicado quais os riscos que poderia sofrer, nomeadamente, o risco de TPPT, RPM, RCIU e entre outros, mas apesar de ter sido dada toda a informação acerca dos riscos da sua decisão, a grávida entendeu a situação e decidiu abandonar o tratamento.

Esta questão remete-nos para a importância do consentimento informado que é definido como a livre aceitação da intervenção médica por parte do doente, após adequada exposição pelo profissional da saúde da natureza da intervenção, suas vantagens e desvantagens, assim como das alternativas com os seus riscos e benefícios (Almeida, 2007).

Deste modo, se os utentes são capazes de decidir e após informação devida recusarem o tratamento que lhes pode salvar a vida, estão apenas obrigados a assinar um documento comprovativo, com a presença de testemunhas (Almeida, 2007). A grávida, assinou a alta, responsabilizando-se pelas consequências a que estaria sujeita, quer para si como para o feto.

Segundo Gilbert (2002), aborto espontâneo é o final da gravidez de uma forma natural antes do feto atingir a viabilidade, e o mesmo é definido pela OMS, em que o aborto (sendo a complicação mais comum da gravidez) é a perda espontânea da gravidez antes da viabilidade (antes das 20 semanas) ou com peso fetal inferior a 500 gramas (Freitas [et al.], 2011).

Em Portugal, desde 2002, que o aborto é considerado quando a gestação não completou as 24 semanas, quer seja voluntário ou espontâneo. Após este tempo gestacional é considerada morte fetal (Graça, 2010).

Num dos casos que tivemos oportunidade de prestar cuidados, foi uma gestante com o diagnóstico de abortamento tardio (encontrava-se com 18 semanas de gestação). O risco de abortamento quando ultrapassa as 12 semanas de gestação reduz, no entanto, o facto de neste caso específico a grávida apresentar 39 anos de idade, ser multípara IV GESTA, insere-se num categoria de maior risco, pois quanto maior a idade materna e a paridade, maior a probabilidade de perda do embrio-fetal (Graça, 2010).

Após este acontecimento, foi possível dialogar com a utente e estabelecer uma relação terapêutica. Para isso, foi necessário estabelecer uma escuta ativa para captar e compreender as mensagens verbais e não-verbais com aspetos que podem parecer simples mas que se apresentam de uma elevada importância como: a distância física entre o profissional e o utente (cerca de 50 centímetros), de forma a não ser considerada intrometida ou, antes pelo contrário, sem disponibilidade para atender. Com o cuidado para facilitar o processo que esta mulher estava a vivenciar, foi importante considerar as expressões faciais, evitando expressões de pena, mostrando interesse em ajudar e resistir a dar conselhos ou utilizar frases menos felizes como: *“é porque não tinha que acontecer”*; *“foi o melhor ...”*; *“o tempo cura tudo...”*; *“quando foi a última vez que sentiu o bebé?”*. E optar por: *“tenho muita pena, lamento...”*; *“isto não é o que esperavam que acontecesse...”*; *“também gostaria que tivesse sido diferente...”*; *“não sei o que dizer...”*; ou simplesmente, mas não menos importante, ouvir o que esta utente tinha para nos dizer.

Portanto, quando estamos perante um caso de aborto e pós-aborto, os cuidados passavam por promover a privacidade da mulher (afastada dos outros recém-nascidos), criar uma relação empática, demonstrar disponibilidade para ouvir, estabelecer uma escuta ativa com a permissão para a verbalização das angústias, medos, desejos do casal (consentimento informado para levar o feto para análise, se pretendem lembranças do recém-nascido). Era efetuada a orientação para a consulta de psicologia (se necessário), assim como o ensino sobre os sinais de luto disfuncional (alucinações, procura constante da criança que faleceu, isolamento) e o ensino sobre sinais de resolução (reconhecimento da perda; não vive no passado, está orientada para o futuro, estabelecendo novas metas; redefine o relacionamento com a perda; inicia a socialização), preparar os familiares para apoiarem a mãe/pai, bem como, atender ao resto da família (irmãos, avós). Após a alta, era efetuado o encaminhamento para a equipa de enfermagem do centro de saúde da área de residência, para dar continuidade aos cuidados. Se necessário, era importante referenciar para o Psicólogo da instituição.

Ainda em contexto de estágio, foi possível prestar cuidados a grávidas internadas com diagnóstico de HTA.

A HTA é responsável por grande parte das maiores complicações observadas na assistência às gestantes e puérperas, sendo responsáveis por altos índices de mortalidade materna. Da mesma forma, as síndromes hipertensivas são responsáveis por expressivos índices de morbidade e mortalidade em relação ao produto da concepção, seja por alterações do fluxo placentário determinadas pela doença ou seu tratamento, seja ainda pela prematuridade terapêutica relacionada à interrupção precoce da gestação nas formas graves dessas patologias (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008).

A HTA na gravidez constitui um problema clínico cuja abordagem é ligeiramente diferente da utilizada na população não grávida, devido à necessidade de considerar duas entidades clínicas adicionais: a pré-eclampsia e a HTA gestacional (Guzmán-Juárez, [et al.], 2012).

De acordo com a OMS, entre as doenças hipertensivas ligadas à gestação, a pré-eclampsia afeta de 2% a 3% de todas as gestações no mundo, sendo responsável por, aproximadamente, 60 mil mortes a cada ano (Gadonski; Irigoyen, 2008).

Segundo o grupo de investigação do “National Heart, Lung and Blood Institute”, as doenças hipertensivas gestacionais podem ser classificadas em pré-eclampsia, eclampsia, hipertensão gestacional e hipertensão crónica. Define-se pré-eclampsia como o aparecimento de hipertensão arterial sistémica (pressão arterial sistólica superior ou igual a 140 mmHg ou pressão arterial diastólica igual ou superior de 90 mmHg) combinada com proteinúria diária superior a 300 mg manifestadas após a 20ª semana de gestação. A eclampsia ocorre quando a pré-eclampsia evolui acompanhada de crises convulsivas. A HTA gestacional surge após a metade da gestação, podendo ser distinguida da pré-eclampsia por não apresentar proteinúria acima de 300 miligramas. Por outro lado, a HTA crónica pode ser caracterizada pela elevação dos níveis tensionais acima dos limites citados, instalada previamente ao período gestacional, ou antes da 20ª semana de gestação. Considera-se ainda HTA crónica quando a pressão arterial permanece elevada após doze semanas do parto (Gadonski; Irigoyen, 2008).

Para cada caso em particular, as atividades de vigilância foram únicas e com o intuito de prevenir as complicações inerentes à HTA, com a avaliação diária da tensão arterial de quatro em quatro horas (com a grávida sentada), da diurese, da proteinúria, do peso, a realização CTG uma vez por turno, assim como o repouso relativo no leito, de preferência em decúbito lateral esquerdo. A vigilância dos sinais de HTA elevada é essencial, tais como, cefaleias persistentes, tonturas, epistaxis, alterações visuais, dor abdominal, cansaço.

A todas as grávidas, a avaliação da tensão arterial era realizada na posição sentada, porque, em decúbito lateral os valores da tensão arterial são mais baixos, tal como afirma Oliveira (2008). Portanto, seguimos a orientação do autor referido, avaliando a tensão arterial com as grávidas sentadas.

Relativamente à posição de decúbito lateral esquerdo, esta é a posição privilegiada para a mulher durante a gestação, devido à localização da veia cava, para prevenir a sua compressão, favorecer o débito cardíaco e diminuir o edema nos membros inferiores. Para além de melhor o fluxo uteroplacentário, melhora o fluxo renal, da diurese e da filtração glomerular (Lowdermilk; Perry, 2008).

Uma das principais preocupações dos profissionais perante uma grávida com HTA é a prevenção de complicações, como a pré-eclampsia, Síndrome de HELLP (Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count). A Síndrome de HELLP caracteriza-se pelo

aparecimento de anemia hemolítica, disfunção hepática e trombocitopenia, sendo considerado por vários autores como uma forma grave de pré-eclampsia, acompanhado de riscos maternos e perinatais (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008).

É fundamental o conhecimento sobre esta patologia, os fatores de risco e os sinais de alerta: tensão arterial maior ou igual a 160/180 – 110 mmHg, proteinúria de urina de 24 horas superior a cinco gramas, edema pulmonar, oligúria com débito urinário inferior a 500 ml por 24 horas, RCIU ou oligoâmnios, sinais de HTA elevada (descritos anteriormente). Quanto ao modo de atuação, métodos de prevenção e tratamento de emergência hipertensiva (Nifedipina) e na prevenção de convulsões (sulfato de magnésio), tínhamos que seguir a orientação referida no protocolo de atuação da instituição, agindo prontamente e com conhecimento prévio.

Em contexto de estágio tivemos a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com diagnóstico de placenta prévia. Esta é uma situação em que a placenta se implanta, total ou parcialmente, na zona correspondente ao segmento inferior do útero, com uma incidência a termo de 0,5% das gestações (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008).

É então um distúrbio hemorrágico que ocorre nos últimos dois trimestres da gestação, com a implantação placentária no segmento inferior do útero, sendo que a sua incidência tem vindo a aumentar, paralelamente com o crescente índice de cesarianas, um dos seus principais fatores predisponentes. Os fatores de risco para placenta prévia incluem cesariana anterior, interrupções voluntárias da gravidez, cirurgias intra-uterinas, tabagismo, gravidez gemelar, multiparidade e idade materna avançada (acima dos 30 anos) (Oyelese; Smulian, 2006). O seu diagnóstico é feito pela ultrassonografia transvaginal (Freitas [et al.], 2010). Existem quatro tipos de placenta prévia: central total (orifício do canal interno (OCI) está totalmente ocupado pela placenta); central parcial (OCI está parcialmente ocupado pela placenta); marginal (a borda inferior do OCI está tangenciado pela placenta); inserção baixa (a placenta insere-se na zona perigosa de Barnes (segmento uterino inferior) mas não atinge o OCI do colo) (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008; Freitas [et al.], 2010).

As gestantes apresentavam manifestações clínicas de perdas hemáticas vaginais de cor vermelho vivo, indolor, inicialmente em pequena quantidade mas com uma intensidade crescente, tanto nos casos de hemorragia no segundo como no terceiro trimestre. Os principais cuidados passaram pela verificação correta do tipo de placenta prévia, através da análise do processo clínico. O apoio à gestante e à família era essencial, orientando-a quanto aos eventos e procedimentos a serem realizados (Ricci, 2008). A nossa atuação passava pela monitorização do bem-estar materno-fetal com a realização de CTG, avaliação dos sinais e sintomas de perda hemática vaginal (visualização do penso higiénico quanto à quantidade, cor e cheiro), orientar a grávida para o cumprimento do tipo de repouso que estava prescrito. No caso da placenta prévia central ou marginal o toque vaginal era contra-indicado. Foi importante também alertar as

gestantes com placenta prévia central total, parcial ou marginal (nos casos de alta) para a abstinência sexual, o repouso no leito (a partir do terceiro trimestre ou a partir do primeiro episódio hemorrágico). Estes cuidados são suportados por Campos; Montenegro; Rodrigues (2008) e Freitas [et al.], (2010).

2.1.2. Trabalho de Parto e Parto

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da OE (2010), já referido anteriormente, este grupo profissional deve possuir aptidão para assumir a responsabilidade de assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o TP e parto.

O diagnóstico e a monitorização do TP engloba o conjunto de todas as competências do Enfermeiro Especialista, desenvolvidas durante o estágio. A prestação de cuidados efetuava-se de forma individualizada e especializada a cada parturiente, cuidados esses que se encontram descritos e fundamentados no desenrolar do relatório.

O ensino clínico na sala de partos permitiu o envolvimento em situações que abrangessem todo o TP e parto, desde a fase latente no primeiro período, até ao terceiro período, passando pela vigilância, duas horas após o parto.

As parturientes ao serem admitidas no serviço de sala de partos eram direcionadas através da consulta de urgência ou da consulta programada de obstetrícia. Eram recebidas, na consulta com o profissional de enfermagem - EEESMO, passando pelo profissional de medicina – Obstetra.

Segundo a NICE (2007), existem algumas situações que requerem o internamento na sala de partos e passa por situações tais como: monitorização cardíaca fetal contínua, líquido amniótico com mecónio, condições do colo uterino propícias para analgesia epidural a pedido da parturiente, emergências obstétricas, retenção placentária, mulher em TP com febre, apresentação pélvica diagnosticada pela primeira vez no início do TP, tendo em conta a iminência de nascimento.

Na admissão da parturiente era realizada a anamnese, onde se recolhia os dados referentes: aos antecedentes obstétricos/ginecológicos da gravidez atual, antecedentes familiares relevantes e despiste de fatores de risco materno-fetais. Para esse efeito, recorria-se à consulta do boletim de saúde da grávida e ao método de entrevista. Eram observados os resultados de exames complementares realizados durante a gravidez. Recolhia-se informação acerca do motivo de recorrência ao serviço, as alergias medicamentosas, os antecedentes patológicos e a medicação (se presente).

Igualmente importante era a colheita de dados referentes ao estado emocional, desconfortos, dificuldades socioeconômicas, situação familiar, (in) existência de preparação para o parto e plano de parto.

O TP é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto. Não sendo um processo único mas sim contínuo, vai-se desencadeando ao longo do tempo, sendo diferente de acordo com o facto de a parturiente ser nulípara ou múltipara (Graça, 2010).

O TP divide-se em três estádios. O primeiro estágio designa-se por dilatação e extinção do colo uterino e tem início quando as contrações uterinas são regulares até à dilatação estar completa; o segundo estágio, designado de período expulsivo, decorre desde a dilatação completa até à expulsão do feto; o terceiro estágio, denominado de dequitação, acontece desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e membranas (Graça, 2010).

Segundo Friedman cit. por Graça (2010), o primeiro estágio do TP subdivide-se em duas fases principais: fase latente e fase ativa. A fase latente inicia-se aquando da verificação de contrações regulares e termina quando o colo uterino está extinto e dilatado em três centímetros. Começa, posteriormente, a fase ativa, que cessa quando o colo uterino atinge a dilatação máxima de 10 centímetros.

Quando se verificava que a parturiente se encontrava no primeiro período do TP e na fase latente ou quando se tratava de uma indução do TP, era encaminhada para a enfermaria de expectantes.

Nesta fase do TP, quando admitidas, era-lhe apresentado a estrutura física e as normas do serviço, bem como os profissionais da saúde no exercício de funções. Entretanto, era-lhe entregue uma bata do serviço e pedido que realizasse um enema de limpeza, apesar de, segundo as recomendações da OMS no Atendimento ao Parto Normal, este procedimento enquadra-se numa conduta claramente prejudicial ou ineficaz e que deveria ser eliminada. Esta prática não apresenta um efeito benéfico significativo no que concerne às taxas de infeção ou a outras infeções neonatais, causando desconforto à mulher (Cuervo; Bernal; Mendoza, 2006).

A indução do TP é designada pela estimulação das contrações uterinas antes do início do TP espontâneo (Frase; Cooper, 2008), situação bastante frequente no serviço de sala de partos desta instituição hospitalar, sendo que as causas poderiam ser maternas ou fetais. Segundo Graça (2010) os diagnósticos para a indução do TP passam por várias situações tais como: pré-eclampsia, restrição de crescimento intrauterino, RPM, DM, isoimunização Rh, suspeita de hipoxia fetal, para além de gravidez pós-termo, macrosomia e o óbito fetal. O estado de amolecimento do colo uterino é fundamental para a

escolha do método de indução. Quanto aos métodos de indução, segundo Lowdermilk; Lewis (2008), podem ser mecânicos (amniotomia) ou químicos, como o caso de ocitocina ou de prostaglandinas. As prostaglandinas têm como objetivo o amadurecimento cervical, tornando-o mais mole, dando-se início à sua dilatação. Este fármaco é utilizado quando o índice de Bishop é inferior ou igual a quatro. O índice de Bishop é avaliado pelos itens de dilatação do colo uterino (centímetros), extinção (%), altura (centímetros), consistência cervical (dura, média, mole), posição (posterior, intermédia, anterior), sendo posteriormente, somado o valor de acordo com a avaliação de cada um deles. Quanto às prostaglandinas existe o Misoprostol (Cytotec ®) e a Dinoprostona (Propess ®) que são prescritos pelos obstetras da instituição hospitalar.

Relativamente à ocitocina, esta é uma hormona produzida pela neurohipófise e tem como ação a estimulação das contrações uterinas. Em contexto de estágio, verificou-se como sendo um dos fármacos mais utilizados para a indução ou intensificação do TP. A escolha deste método de indução acontece quando o colo cervical se encontra amadurecido, sendo administrada por infusão intravenosa, através de bomba perfusora (Ricci, 2007). Com o uso deste agente farmacológico espera-se que a intensidade das contrações uterinas aumente e que se tornem regulares e mais frequentes.

A nossa atuação passava por vigiar o aparecimento de sinais e sintomas como vômitos, náuseas, cefaleias, hipotensão e efetuar uma avaliação materna e fetal contínua. Os métodos farmacológicos têm o seu risco pelo aumento da atividade uterina, tais como a hipertonia uterina e a taquissistolia, podendo levar ao sofrimento fetal. Uma contração uterina com uma duração superior a dois minutos em 10 minutos é designada de hipertonia uterina e, mais do que cinco contrações uterinas em 10 minutos estamos perante uma taquissistolia (Lowdermilk; Lewis, 2008). Nestes casos, posicionava-se a parturiente em decúbito lateral esquerdo, com fluidoterapia em curso e removia-se o método de indução. Se com estas intervenções a situação não revertesse (não foi o caso) era necessário recorrer à tocólise com Salbutamol.

Anteriormente à indução do TP era referido à parturiente o seu objetivo, os cuidados e respetivos riscos. Após a administração das prostaglandinas, as parturientes ficavam monitorizadas de forma contínua com CTG durante duas horas, para avaliação do bem-estar materno-fetal, privilegiando-se a posição de decúbito lateral esquerdo. A posição de decúbito lateral esquerdo é a posição privilegiada para a mulher durante a gestação e todo o processo de TP e parto, devido à localização da veia cava, para prevenir a sua compressão, favorecer o débito cardíaco e diminuir o edema nos membros inferiores (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Nos casos de gestantes com cesariana anterior, pelo risco de rutura uterina ou deiscência da cicatriz uterina e, posterior hemorragia, os cuidados e a vigilância eram mais apertados. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2006) recomenda que a indução do parto com prostaglandinas após cesariana anterior deva ser evitada.

Em contexto de estágio, foi possível presenciar situações de estado fetal não tranquilizador: registo de desacelerações tardias de repetição e/ou prolongadas e ausência de variabilidade. Em ambas as situações procedeu-se à suspensão da infusão de ocitocina, com aumento do débito de infusão de soroterapia, mantendo a parturiente em decúbito lateral esquerdo, a monitorização da FCF e da atividade uterina, sendo comunicado de imediato ao Obstetra responsável.

Assim, como se pode verificar uma das ações mais frequentes em contexto de sala de partos era a prescrição de soroterapia e monitorização contínua com CTG, sendo este abordado no capítulo anterior. Segundo Graça (2010), no primeiro estágio do TP as avaliações devem ser feitas com intervalos máximos de 30 minutos nas parturientes sem complicações e de 15 minutos nas restantes; no segundo estágio os intervalos encurtar-se-ão para 15 minutos, no primeiro grupo, e para cinco minutos no terceiro.

Foi possível acompanhar parturientes que frequentaram aulas de preparação para o parto e para a parentalidade. No entanto, não surgiu nenhum caso formal em que nos fosse fornecido o plano de parto, embora as questionássemos relativamente a esse aspeto. Era avaliada a situação e condição de cada parturiente e estabelecidas intervenções de promoção de conforto e bem-estar, sem esquecer os seus conviventes significativos. Quanto às medidas de conforto estas passavam, principalmente, por auxiliar a parturiente no alívio da dor que vão sentindo ao longo do TP.

A dor que é provocada pelas alterações do colo uterino (extinção e dilatação), distensão do segmento inferior e isquemia uterina, denominada de dor visceral, a qual se verifica no primeiro período de TP. Esta dor sente-se na porção inferior do abdómen, que irradia para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, região glútea e para as coxas. (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Durante a fase latente, no primeiro período de TP, as contrações uterinas ocorrem a cada cinco a 10 minutos, com a duração de 30 a 45 segundos e as parturientes referem uma dor ligeira a moderada (Ricci, 2007). No entanto, e de acordo com Lowdermilk; Lewis (2008), de uma forma geral, as mulheres sentem a dor e o desconforto no momento das contrações uterinas, sendo que no intervalo das mesmas esta não se verifica. Assim, verificou-se que esta fase era passada de forma tranquila e as parturientes eram recetivas a esclarecimentos de dúvidas. Uma das formas de promover o alívio da dor passava por ensinar e incentivar o uso de técnicas complementares não farmacológicas como a deambulação e a mudança de posição, o apoio contínuo durante o TP e parto, a massagem e as técnicas de relaxamento (técnica respiratória, massagem e musicoterapia).

Durante o período de dilatação cervical e de acordo com a situação clínica da parturiente, era permitida a liberdade de movimento através da deambulação, se a parturiente assim o desejasse, pois a movimentação livre durante o TP, ajuda a parturiente a lidar com a sensação dolorosa,

melhora a atividade uterina, sendo uma forma de minimizar os desconfortos e de aumentar o controlo da mulher. Assim, era permitida a deambulação da parturiente nas seguintes situações: membranas intactas, apresentação encravada após rutura das membranas, estado fetal tranquilizador, ausência de perfusão de ocitocina ou outras perfusões, nomeadamente terapêutica analgésica (Lowdermilk; Lewis, 2008).

A deambulação está associada a uma taxa reduzida de partos instrumentados e ao uso menos frequente de analgésicos opióides (Albers [et al.], 1997, cit. por Lowdermilk; Lewis, 2008). Se a parturiente permanecia no leito, era incentivada à mudança de posição a cada 30-60 minutos.

A posição de sentada na bola também era encorajada, sendo que as parturientes que experimentavam referiam diminuição da dor. A liberdade de movimento, a possibilidade de balançar com a bola auxilia no alívio da dor, produzindo sensação de relaxamento.

A técnica respiratória permite que a parturiente se concentre no trabalho de parto e em consequência reduza a percepção da dor, permitindo um maior controlo durante as contrações uterinas. Verifica-se um maior relaxamento dos músculos abdominais, aumento do tamanho da cavidade abdominal, o que vai resultar na diminuição da fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal. Também permite o relaxamento da região genital, possibilitando uma descida do feto mais facilitada (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Após a constatação da dilatação do colo uterino com quatro centímetros, através do exame vaginal, a parturiente era encaminhada para a sala de partos, onde iria permanecer até ao terceiro período de TP. O exame vaginal é um exame invasivo, e como tal, deve ser efetuado por profissionais de saúde habilitados. Com uma luva esterilizada e lubrificada eram introduzidos dois dedos – indicador e médio, no canal vaginal, para avaliar a dilatação e a extinção cervical, verificar o estado das membranas (abauladas, rotas ou integras), e recolher informação quanto à apresentação, posição, variedade, situação e ao grau de flexão da cabeça do feto (Ricci, 2007). Antes de realizar este exame era fornecida informação à parturiente acerca da sua necessidade e, após a sua execução, era transmitido o resultado e seu significado.

Estando a parturiente na fase ativa do TP, se pretendesse o recurso a analgesia era o momento em que se contactava o anestesista para proceder à colocação do cateter epidural. A analgesia loco-regional apresenta-se, nos dias de hoje, como uma das técnicas mais eficaz no alívio e controlo da dor e que produz menos efeitos secundários, quer a nível materno como fetal (Graça, 2010).

Era importante que a mulher estivesse esclarecida acerca da analgesia por via epidural, quanto às suas vantagens e complicações, para poder fazer a sua escolha de forma consciente e responsável. As vantagens passam por as contrações uterinas se tornarem indolores durante a progressão do TP, facilita a manipulação no parto instrumentado, serve como analgesia no pós-parto, se necessário a episiorrafia, e nas manobras de revisão uterina no pós-parto, se

necessárias. Era fundamental que as possíveis complicações também fossem mencionadas tais como: a possibilidade da sua eficácia não ser completa, eventuais lombalgias, cefaleias, punção acidental de um vaso sanguíneo, parestesias e aumento de partos instrumentais (Lowdermilk; Lewis, 2008).

As cefaleias surgem devido à perda de grande quantidade de líquido cefalorraquidiano, quando por, ocasional e acidentalmente, ocorre uma perfuração da dura-máter durante a execução da técnica. O bloqueio epidural pode ser ineficaz para algumas mulheres exigindo uma segunda forma de anestesia para aliviar a dor. A punção acidental num vaso sanguíneo pode levar ao aparecimento de efeitos centrais, tais como, zumbidos, agitação, desorientação, parestesias e convulsões (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Foi observado que, quando as parturientes se encontravam em fase de dilatação avançada (sete - oito centímetros), e recorriam aos serviços hospitalares, desejando a analgesia epidural, o anestesista optava por realizar raquianestesia. Segundo Graça (2010), os bloqueios subaracnoideus, em relação aos bloqueios epidurais apresentam um início de ação mais rápido.

A aplicação da analgesia por via epidural era efetuada pelo anestesista, com a nossa colaboração na colocação do material, na ajuda à imobilização da parturiente e no esclarecimento sobre a analgesia. Era importante informar a parturiente quanto ao posicionamento correto a adotar e o incentivo à sua continuidade ao longo do procedimento. A posição ideal para a colocação do cateter é em decúbito lateral esquerdo, direito ou sentada.

Antes da realização da técnica a parturiente era ensinada acerca dos possíveis efeitos secundários e incentivada a estar atenta aos mesmos. Os efeitos secundários passam por hipotensão arterial, tremores, prurido, sensação de peso e aumento da temperatura dos membros inferiores, náuseas e vômitos, complicações hemorrágicas (hematoma ao nível da epidural, subdural e angiomas) e retenção urinária. Esta última complicação pode ser causada por motivos obstétricos e/ou por hiporreflexia vesical por bloqueio das raízes S3 e S4 (Graça, 2010). Neste sentido, era efetuado cateterismo vesical, após a analgesia epidural, sendo posteriormente removido. No entanto, existem contra-indicações, para o uso da analgesia por via epidural que passam por coagulopatias, infeções, hipovolemia, história de cirurgia da coluna ou anomalias na mesma, e também o uso de anticoagulantes (Ricci, 2007).

Uma das medidas interventivas do TP consiste na amniotomia, ou seja, na rutura artificial das membranas, com uma Pinça de Herff. Tem como principais indicações: a necessidade de monitorizar diretamente os batimentos cardíacos fetais e/ou as contrações uterinas, acelerar a duração do TP e induzir o parto. Para além destas finalidades permite igualmente, avaliar as características do líquido amniótico que possam comprometer o bem-estar fetal (Smyth; Alldred; Markham, 2008).

Previamente à realização deste procedimento, a parturiente era informada sobre o seu objetivo, os riscos e os benefícios, e para que pudesse decidir de forma consciente, era também dado a conhecer que este procedimento é indolor, podendo apenas sentir algum desconforto.

Para a realização desta técnica, a apresentação fetal deve estar encravada, ou seja, o maior diâmetro transversal do polo cefálico (diâmetro biparietal) alcança o estreito superior (limitado posteriormente pelo promontório e anteriormente pela sínfise púbica), de modo a evitar o prolapso do cordão umbilical. Antes, durante e após o procedimento era avaliada a FCF para avaliação do bem-estar fetal e prevenção de complicações, prolapsos ou compressões do cordão, com desacelerações fetais e infecções ascendentes (Lowdermilk; Lewis, 2008; Graça, 2010).

Após a realização da amniotomia eram avaliadas as características do líquido amniótico, quanto à sua cor, odor, quantidade e consistência, sendo registrada a hora da ruptura e as suas características. No seguimento desta técnica a parturiente era informada acerca da possibilidade da perda contínua de líquido amniótico. Também era avaliado o aparecimento de sinais e sintomas de infecção, como arrepios, hipersensibilidade uterina à palpação, taquicardia fetal, corrimento vaginal com odor suspeito e aumento da temperatura corporal (Simpson, 2002 cit. por Lowdermilk; Lewis, 2008).

Perante uma grávida com EGB positivo à que tomar medidas profiláticas intraparto. No caso de EGB desconhecido era necessário realizar uma colheita de exsudados vaginal e retal para cultura. No caso de conhecimento do EGB e, sendo este positivo, era necessário proceder à administração de antibioterapia intraparto, de acordo com o protocolo do serviço.

Estando completo o processo de dilatação e de extinção do colo uterino dá-se o início ao período expulsivo, que termina com o nascimento do feto. Neste segundo período do TP a duração é em média de 50 minutos para as nulíparas e 20 minutos para as multíparas (Graça, 2010).

Um fator importante e fundamental neste período é a monitorização da FCF e os esforços expulsivos, denominados de puxos maternos. A monitorização da FCF é possível através do CTG. Quanto aos puxos maternos, a sua eficácia depende da presença ou ausência de analgesia, nomeadamente, analgesia por via epidural.

Ao longo deste segundo período era frequente que as parturientes sentissem o reflexo de Ferguson, ou seja, a necessidade de fazer força de forma reflexa e espontânea (no caso de ausência de analgesia epidural) (Cunningham [et al.], 2010). Existem dois tipos de esforços expulsivos maternos: espontâneos ou dirigidos / precoces ou tardios.

No puxo dirigido ou Manobra de Valsalva, a parturiente é incentivada a sustentar a respiração de forma prolongada ou contínua, fazendo um esforço prolongado, com a glote fechada. Este facto aumenta a pressão intratorácica e cardiovascular, reduz o desempenho cardíaco, inibe a perfusão útero-placentária, podendo levar à hipoxia fetal (Lowdermilk; Lewis, 2008). Foi

possível verificar que muitas parturientes quando submetidas a analgesia por via epidural, não sentiam este reflexo, o que implicava a nossa atuação, sob a forma de informar, orientar e esclarecer. Então, a parturiente era ensinada a identificar a contração uterina, com a colocação da mão sobre o abdômen e, quando ficasse duro, seria uma contração, sendo explicado que quando sentisse a contração uterina, deveria fazer força, como estivesse a defecar (Cunningham [et al.], 2010). Era fundamental o ensino/treino do período expulsivo com a parturiente ainda na sala de expetantes porque durante o período expulsivo a capacidade de concentração da mulher é menor.

Nos partos sem recurso à epidural ou nos casos em que a mulher sentiam as contrações, as parturientes começavam a fazer força naturalmente, à medida que a intensidade das contrações uterinas aumenta e o reflexo de Ferguson se acentua, sendo denominado de puxo espontâneo. Nestas situações, era importante avaliarmos a respiração da mulher, para que não sustenha a respiração por mais de cinco/sete segundos de cada vez, incentivando a realizar inspirações profundas para ventilar os pulmões completamente, antes e depois de uma contração uterina. Fazer esforços expulsivos de forma espontânea, com a glote aberta, respirando entre os esforços ajuda a manter os níveis de oxigenação adequados para a mãe e para o feto, com a realização de cinco esforços expulsivos durante uma contração, com uma duração não superior a cinco segundos (Lowdermilk & Perry, 2008) (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Relativamente aos puxos precoces, estes correspondem ao iniciar os esforços expulsivos imediatamente com a dilatação completa (10centímetros) e os puxos tardios correspondem ao iniciar os esforços expulsivos após uma/duas horas após a dilatação completa (Graça, 2010).

Uma revisão sistemática realizada por Roberts (2002) comparou os puxos precoces e os tardios em mulheres sob analgesia por via epidural, incluindo nove ensaios clínicos randomizados e 2.953 mulheres. Nas mulheres que realizaram puxos tardios, observou-se o aumento da duração do segundo estágio do TP (em torno de 58 minutos), porém uma significativa redução da aplicação de fórceps e uma tendência à redução da cesariana, bem como não houve influência nos índices de Apgar, na frequência de laceração perineal, na admissão em unidade de cuidados intensivos neonatais.

Outro estudo realizado por Brancato; Church; Stone (2008), estudaram qual o método de puxo – precoce ou tardio – em parturientes com analgesia por via epidural, em que concluíram que existem efeitos positivos no puxo tardio, tais como, aumenta a taxa de parto vaginal eutócico, diminui a taxa de parto instrumental, bem como a duração do puxo é menor.

Portanto, nesta fase a parturiente continuava monitorizada com o CTG, sendo que a monitorização fetal intraparto é muito comum e, segundo Graça (2010), a monitorização eletrônica fetal contínua intraparto permite determinar a existência de bem-estar fetal, sugerir a

probabilidade de existir deterioração da oxigenação fetal (stress fetal) e determinar, com alto grau de probabilidade, a presença de grave deterioração do estado fetal (“sofrimento” fetal).

Todas as prescrições médicas e registros de enfermagem eram efetuados no Partograma. Este documento permite que sejam realizados os registros de observações da equipa médica e de enfermagem, com o intuito de diagnosticar, acompanhar e documentar a evolução do TP. Os registros incluem a dilatação e a extinção cervical, a posição fetal, a variedade de posição, a progressão de descida, a FCF, as contrações uterinas, a rutura ou não da bolsa amniótica, as características do líquido e a dor que a parturiente manifeste.

Segundo Vasconcelos [et al.] (2013), o uso do partograma possibilita a reflexão de decisões e reduz as complicações durante TP, contribuindo para a diminuição da morbidade e mortalidade materna e neonatal, uma vez que, o registo adequado permite conhecer os fatores etiológicos responsáveis, durante a evolução normal e anormal do TP.

Após reunir todo o material para a execução do parto eutócico, efetuava-se a lavagem higiénica das mãos, a colocação da touca, máscara, sapatos, bata e por fim, as luvas esterilizadas. Para manter a técnica assética cirúrgica, o campo de parto era colocado por baixo das nádegas da parturiente, assim como as perneiras e o campo esterilizado sobre o abdómen. A integridade do períneo era vigiada à medida que a cabeça fetal começava a coroar, com uma atenta avaliação da necessidade ou não de efetuar episiotomia.

Assim, constatou-se que a episiotomia era realizada com alguma frequência, sendo a média-lateral esquerda a mais usual. A episiotomia é uma incisão feita no períneo para aumentar o canal vaginal. Existia sempre o cuidado de se efetuar no momento adequado, ou seja, no pico da contração e quando se verificava o coroamento da apresentação cefálica no períneo, tendo por objetivo diminuir a extensão da incisão e o volume da hemorragia (Graça, 2010).

A revisão integrativa de Rímolo (2011), refere como critérios para o uso da episiotomia, o sofrimento fetal como principal, seguido de macrosomia. Como principal critério materno o risco de laceração perineal espontânea grave, parto distócico com fórceps e primiparidade.

Quando a cabeça fetal se exteriorizava, pedia-se à parturiente para não efetuar puxos e verificava-se a existência de circulares cervicais do cordão umbilical. Quando eram suficientemente largas, estas eram deslizadas delicadamente à volta da cabeça, quando se averiguava a existência de circular apertada, como aconteceu em pelo menos duas situações, o cordão era clampado em dois pontos e cortado à vulva (entre os mesmos pontos), ou seja, era realizada uma laqueação prévia (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Seguidamente, quando a cabeça passava pelo períneo, rodava 45° e voltava à posição assumida originalmente durante o encravamento. Esse movimento é conhecido como restituição. Em seguida o feto rodava mais 45° para assumir uma posição transversal à medida que o nascimento progride. Esse movimento posicionava os ombros alinhados com o diâmetro

antero-posterior da pelve materna. Nesta fase, rápido mas delicadamente era ajudado a reconstituir e rodar para, logo de seguida, proceder à exteriorização do ombro anterior e depois posterior. A mão direita mantém a proteção do períneo, e finalmente o corpo emergia e era observada a hora de nascimento.

Com o nascimento era observado o estado do recém-nascido, era limpo e estimulado através da massagem tátil, sendo assim avaliado mediante o índice de Apgar e, rapidamente era decidida a necessidade ou não de reanimação (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Quanto à avaliação do recém-nascido, esta era efetuada através do índice de Apgar, que foi criado pela Dr.^a Virginia Apgar desde 1952, sendo usado para avaliar o recém-nascido ao primeiro ao quinto e décimo minuto após o nascimento. Esta avaliação ao primeiro minuto remete-nos para a necessidade ou não de reanimação do recém-nascido, já que este índice orienta-nos para a adaptação inicial do recém-nascido à vida extra-uterina (Ricci, 2007; Graça, 2010).

O índice de Apgar é constituído por cinco parâmetros: a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a resposta a estímulos e a cor da pele. Se a contagem se situar entre oito a dez pontos, não há necessidade de intervenções e a condição do recém-nascido é ótima, se a contagem se encontrar entre os quatro a sete pontos significa que existe dificuldade moderada e contagem de zero a três pontos demonstra intenso sofrimento à adaptação da vida extra-uterina (Ricci, 2007).

Com a expulsão do recém-nascido procedia-se ao clampe e corte do cordão umbilical. O tempo de espera até executar este procedimento é assente em algumas controvérsias. Segundo o Comité de Opinião do Colégio Americano do Obstetras e Ginecologistas em Dezembro de 2012, existem ainda dados insuficientes para suportar ou refutar os benefícios do corte retardado do cordão umbilical, em recém-nascidos de termo. Assim, o corte do cordão umbilical superior a 30 segundos é considerado tardio, e pode resultar num aumento de reservas de ferro no sangue e num aumento de volume sanguíneo. Este aspeto pode ser importante no caso de défice de ferro, sendo que este aspeto positivo deve ser contrabalançado com o facto do aumento de risco do recém-nascido necessitar de fototerapia.

Segundo a mesma fonte, o corte do cordão umbilical tardio ou precoce, não demonstrou diferenças ao nível de resultados imediatos do recém-nascido, como o índice de Apgar, o pH do cordão umbilical ou de dificuldade respiratória, nem mesmo diferenças a nível do estado de saúde materna. No entanto, nos recém-nascidos prematuros que tiveram um corte do cordão umbilical de 30-60 segundos, após o nascimento, posicionados a um nível abaixo do da placenta verificaram-se benefícios, como melhor adaptação extra-uterina e melhor volume sanguíneo (Madia [et al.], 2012).

Após a saída do recém-nascido, inicia-se a fase de dequitação que termina até à expulsão da placenta e das membranas fetais, cuja duração considerada normal pode ir até 30 minutos (Graça, 2010). Nesta fase era importante ter em atenção os sinais de descolamento da placenta, que passam pela eliminação súbita de sangue vermelho escuro pela vagina, o aumento do comprimento do cordão que sai pela abertura vaginal, as contrações uterinas e a alteração do útero de forma discoide para uma forma globular ovoide (Ricci, 2007; Lowdermilk ; Lewis, 2008).

Com a saída da placenta era identificado o mecanismo de expulsão – Schultze ou Duncan. Sabe-se, pois, que o mecanismo de Duncan a hemorragia é maior, pelo facto do descolamento ter ocorrido lateralmente, pelo que o risco de hemorragia é maior e apresenta-se com uma aparência escura e enrugada (Lowdermilk; Lewis, 2008; Graça, 2010).

Durante a progressão do TP, devemos avaliar constantemente a sua evolução, prestar atenção a situações de anormalidades que interferem diretamente com a dilatação e extinção do colo uterino e com a dinâmica uterina, denominada de distócia. Existem dois tipos de distócias no TP: dinâmica – anomalias das forças expulsivas relacionadas quer com a disfunção contrátil uterina quer com esforço muscular voluntário inadequado durante o período expulsivo, e mecânica – alterações a nível da apresentação, da posição ou das dimensões do feto e de anomalias da bacia materna ou do canal de parto (Graça, 2010).

No período expulsivo foi possível experienciar situações de distócia de ombros. Segundo Marques; Reynolds (2011), este tipo de emergência é das mais complexas pois estão associadas complicações maternas e neonatais. De acordo com os mesmos autores, os principais fatores de risco que têm sido associados a esta emergência obstétrica são a macrosomia fetal, a DM gestacional, o parto instrumentado e parto anterior complicado por distócia de ombros.

Segundo “Royal College” de Obstetras e Ginecologistas (2012), a distócia de ombros deve ser encarada como imprevisível e quando acontece deve ser intervencionada, não utilizando a pressão uterina e a episiotomia, mas sim a manobra de McRoberts pois é uma intervenção simples, rápida e eficaz e deve ser realizada em primeira instância, bem como a pressão suprapúbica que pode e deve ser empregue, para melhorar a eficácia da manobra dos McRoberts.

Nas situações vivenciadas, a aplicação da pressão supra-púbica e da manobra de McRoberts foram as duas técnicas utilizadas e que reverteram a situação. O conhecimento das atitudes e manobras obstétricas a realizar nestes casos era fundamental, para saber intervir de forma eficaz, ao colaborar para o nascimento rápido do recém-nascido, funcionando em equipa.

A intervenção no terceiro estágio do TP pode ser ativa ou passiva. A conduta passiva (espera e observa) implica a separação e expulsão da placenta de forma natural, com a ajuda dos esforços expulsivos da parturiente e envolve o clampe e corte do cordão umbilical após a

pulsação terminar, sem administrar terapêutica ocitócica. A conduta ativa passa por administrar terapêutica ocitócica após o nascimento, clampe e corte do cordão umbilical, expulsando a placenta com a realização de tração controlada no cordão quando são evidentes sinais de descolamento da placenta (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Esses sinais de descolamento da placenta são: contração firme do fundo do útero, mudança da forma discóide do útero para uma forma globular ovóide, à medida que a placenta se move para o segmento inferior, saída súbita de sangue através do intróito vaginal, aumento aparente do tamanho do cordão umbilical, à medida que a placenta desce pelo intróito vaginal, o aumento do volume é observado na vagina ou as membranas fetais são observadas no intróito vaginal (Lowdermilk; Lewis, 2008), sinais que eram avaliados constantemente.

Neste período do TP, o método utilizado passava pela conduta ativa, com a administração de uterotônicos, que tem como objetivo a diminuição de perdas hemáticas (Graça, 2010), tal como refere a FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics (2012) a administração de ocitocina, um minuto após o nascimento do recém-nascido é a principal intervenção para a redução da hemorragia pós-parto, pois atua de forma rápida e eficaz, com efeitos adversos mínimos e pode ser usada em todas as mulheres, devendo ser administrada antes ou após a dequitação. Nesta fase também se avaliava o bem-estar materno (sinais vitais), vigilância da perda hemática, consistência e volume uterino com a realização da pressão suprapúbica (manobra de Krustner) e observação do sinal do cordão.

Quando era verificado o seu descolamento, era solicitado à puérpera para realizar pequenos esforços expulsivos para auxiliar a sua expulsão, com a realização de uma ligeira tração controlada do cordão umbilical. (Lowdermilk; Lewis, 2008). Com a sua expulsão era realizada a manobra de Jacob-Dublin – torção das membranas para garantir o descolamento integral de toda a placenta e membranas (Barros, 2006).

Após a saída da placenta era necessário proceder à sua inspeção e avaliação da integridade. A verificação da placenta passava por examinar o tecido placentário da face materna e para isso era necessário, com compressas, retirar o excesso de conteúdo hemático para permitir uma melhor visualização e avaliar o número e integridade dos cotilédones. Também se procedia à reconstituição das membranas, com o intuito de verificar a existência de algum cotilédone aberrante, mas também para avaliar se estas se encontram íntegras e se a expulsão do âmnio e do córion se tinha efetuado na totalidade.

O cordão umbilical era igualmente avaliado pela verificação dos três vasos (dois artérias e uma veia), do seu comprimento, presença da geleia de Wharton, presença ou ausência de nós verdadeiros ou falsos, a sua inserção na placenta.

O quarto estágio do TP compreende as primeiras duas horas pós-parto. Neste período, os órgãos maternos iniciam o reajuste para o estado não gravídico e os sistemas orgânicos

começam a estabilizar. Para além da recuperação física, também a nível psicológico se verificam muitas alterações, já que a mãe e o recém-nascido começam a conhecer-se (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Após a saída da placenta era efetuada uma revisão da integridade do canal do parto, para verificar eventuais estruturas afetadas. Essa revisão consistia na avaliação do períneo e parede retal (se suspeita de laceração da mucosa ou esfíncter) e com a saída da placenta eram avaliadas a vagina e colo uterino. Era fundamental a avaliação de todo o canal de parto, dos tecidos, da identificação do vértice (se realizado episiotomia), para a reparação dos tecidos, garantir a integridade e prevenir hemorragias.

Antes do início da reparação da incisão cirúrgica da fenda vulvar, denominada de episiorrafia, era necessário preparar todo o material, sendo asseguradas as condições de assepsia, higiene do períneo com água bidestilada ou soro fisiológico, era conseguida a iluminação adequada com a correta colocação do foco de luz de modo a otimizar a visualização da ferida e posteriormente realizada a higienização das mãos, colocação da bata e luvas esterilizadas.

Com a inspeção de todas as estruturas envolvidas, era colocado um tampão vaginal (para bloquear a hemorragia uterina e facilitar a observação das estruturas a reparar), e se a parturiente tivesse analgesia por via epidural esta seria a analgesia para o períneo, caso não tivesse o recurso deste tipo de analgesia era nesta fase que se procedia à anestesia do períneo através da infiltração de Lidocaína 2%. A episiorrafia era efetuada por planos, sendo que a analgesia do períneo era fundamental para uma colaboração eficaz da parturiente.

Assim, era identificado o vértice da episiotomia e iniciada a sutura contínua cerca de 1centímetro acima do vértice (para garantir resistência e segurança) com encerramento perineal intradérmico, na mucosa vaginal com nó triplo no início e no fim, até à fúrcula.

Seguidamente, eram suturados os músculos perineais afetados, com a aproximação realizada por planos, dependendo da profundidade da ferida, com sutura de ponto a ponto ou pontos separados. Era necessário ter em atenção para não permitir a existência de “espaços mortos”, que podem causar infeção ou deiscência da ferida. Posteriormente era suturada a pele com pontos donatis. O fio de sutura utilizado é o Vicryl Rapid 2.0 por ser de fácil absorção e facilitar a cicatrização (Lowdermilk; Lewis, 2008). Segundo Graça (2010), o tipo de fio de sutura é um fator importante para as suturas de episiotomia e lacerações, optando pelo fio de sutura de reabsorção rápida que diminui o desconforto e dor no pós-parto.

Após a sutura ter sido realizada era retirado o tampão vaginal, intervenção que não pode ser esquecida, a vagina e o períneo eram novamente avaliados para o diagnóstico da presença de outras lesões ou para se verificar se todas as estruturas lesadas foram corretamente suturadas. O útero era novamente avaliado para verificar a sua contração, o globo de segurança de Pinard.

Era igualmente, avaliada a perda sanguínea com a observação da presença de coágulos. Por fim, o conforto era proporcionado à puérpera com a higienização da zona perineal. Entretanto, os ensinamentos sobre os cuidados a ter com a ferida perineal eram realizados: higiene diária com água e sabão com pH neutro após a eliminação vesical ou intestinal, higiene dos genitais, mudança frequente do penso higiênico, uso de roupa interior de algodão e uso de medidas de alívio da dor, como uso de gelo tópico e o recurso a apoios, como almofadas.

Os sinais e sintomas inflamatórios locais, como o edema, a dor, o rubor e o calor local são esperados na fase inicial do processo de cicatrização e regridem mediante a evolução das reações locais e a absorção do material de sutura. Porém, complicações do trauma perineal como o hematoma, a equimose, a infecção e a deiscência prejudicam a completa recuperação materna (Lowdermilk; Lewis, 2008; Graça, 2010).

Sendo neste período, a hemorragia, o maior risco para a mulher, eram observados sinais de perda hemática excessiva, tais como: palidez, tonturas, sinais vitais, cansaço, diminuição do débito urinário, alteração do nível de consciência e orientação, tal como nos recomenda Lowdermilk; Lewis (2008).

Nas situações em que o recém-nascido se encontrava bem adaptado à vida extra-uterina, com um índice de Apgar entre oito a 10, era imediatamente colocado em contato com a mãe, de preferência pele a pele, se a mãe o desejasse. O contato pele a pele após o nascimento é preconizado, pois os estímulos sensoriais através do tato, do calor e do odor funcionam como potencial estimulante vagal, o que por sua vez liberta ocitocina materna, promovendo o aquecimento materno a nível mamário proporcionando calor ao recém-nascido (Ricci, 2007). De forma a que o recém-nascido não perdesse calor, eram ambos envolvidos com lençóis aquecidos pois tal como Lowdermilk; Lewis (2008), os cuidados neonatais para serem considerados seguros e eficazes devem incluir a manutenção da temperatura corporal, já que o *stress* causado pelo frio aumenta a necessidade de aporte de oxigénio e as reservas de glucose podem não ser suficientes.

Com os cuidados à puérpera e ao recém-nascido realizados, estes permaneciam na sala de partos duas horas em vigilância. A avaliação da tensão arterial, da frequência cardíaca e da temperatura era efetuada segundo protocolo da instituição. Neste período tão importante para mãe e para o recém-nascido, e considerando as competências específicas preconizadas pela OE, incentivou-se o início da amamentação. Nesta fase, verificam-se condições excelentes, já que o recém-nascido encontrava-se num estado de alerta e a prática da amamentação promove a contração uterina evitando a hemorragia uterina.

Segundo Ricci (2007), o útero necessita de permanecer firme e de se encontrar na linha média e abaixo do umbigo, deste modo era novamente efetuada uma avaliação da altura do fundo uterino, bem como a sua posição e a firmeza. Porém, em contexto de estágio surgiram

situações em que o útero se encontrava lateralizado, justificando-se pelo facto da bexiga se encontrar cheia, deste modo a nossa intervenção passava por informar à utente que deveria urinar, e quando voltávamos a avaliar a situação esta encontrava-se normalizada, ou seja, com o útero contraído e centralizado

Aquando da palpação do fundo uterino de uma puérpera detetou-se que este se encontrava amolecido e acima da cicatriz umbilical e, como refere Barros (2006), a conduta passou por estimular o esvaziamento vesical, pois, com a bexiga cheia, torna-se impercetível a contratilidade uterina. Também se optou pela execução de pequenos movimentos circulares com compressão em direção ao canal vaginal para que os coágulos fossem expulsos. A massagem só foi suspensa, quando se verificou a formação do globo de segurança de Pinard, com o útero contraído e globoso.

Antes de ser transferida para o serviço de puerpério eram avaliados, registados e posteriormente transmitidos telefonicamente à profissional de saúde do referido serviço, os sinais vitais, a posição e forma do útero, o globo de segurança, a coloração da pele e mucosas, a perda sanguínea após expressão uterina e a alimentação. Relativamente ao recém-nascido eram avaliados os sinais de bem-estar: a cor, o choro, a alimentação e a reação a estímulos.

Na sala de partos era necessário estar presente, criar um clima propício para o estabelecimento de uma relação recíproca com a parturiente e pessoa significativa, providenciar medidas de conforto e preservar a privacidade, maximizando-se a participação da parturiente/casal e o controlo da sua recuperação física. Interpretar diferentes formas de expressar a dor e seleccionar estratégias apropriadas para lidar e controlar a dor é igualmente importante, providenciando conforto e comunicação através do toque, suporte emocional e com esclarecimento de dúvidas aos familiares da utente e orientar a parturiente através do desenvolvimento das alterações emocionais.

Para além de todas as competências do EEESMO, tal como Coutinho (2004) refere, o ato de ajudar impõe exigências como dar do nosso tempo, da competência, do saber, do interesse, da capacidade de escuta e compreensão. Em conclusão, como diz Lazure (1994), dar um pouco de nós porque não podemos dissociar a relação de ajuda das intervenções de enfermagem, visto que cuidar é ajudar. Não nos podemos esquecer que a principal razão da relação terapêutica, é a ajuda que ocorre da mesma.

As recomendações da OMS de 1996 apontam para um novo paradigma, em que o parto é visto como um evento natural que não necessita de controlo, mas sim de cuidados. Nessa perspetiva, a OMS recomenda uma maior participação da enfermeira obstétrica na atenção ao parto, tomando como referência a ideia de que a formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção (1996). A OMS ressalta a importância do acompanhamento do TP e do aprimoramento da atenção ao parto normal.

2.1.3. *Auto-Cuidado no Pós-Parto e na Parentalidade*

O Período puerperal é compreendido como o período que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais, determinadas pela gestação no organismo materno, retornam às condições normais (Santos, 2002).

Neste período ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas nas mulheres, caracterizadas pelos fenômenos involutivos, pelo estabelecimento da amamentação, pela adaptação psicológica da mãe e pelo estabelecimento da relação mãe-filho e familiares. Ao considerar tais modificações e adaptações vivenciadas pela mulher no puerpério, acredita-se na importância de prestar uma atenção muito específica a este período, reconhecendo a individualidade e visando assim um atendimento humanizado, em que a mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo a componente psíquica.

O puerpério é dividido em três fases: imediato, tardio e remoto. A primeira fase corresponde ao período compreendido entre o primeiro e o décimo dia pós-parto, durante o qual se desenrola todas as modificações necessárias ao retorno do funcionamento do organismo da mulher, ou seja, ao estado anterior à gravidez; o tardio, que vai do 11º ao 25º dia, desenrolam-se todas as manifestações involutivas de recuperação e regeneração da genitália materna, seguido do remoto, com término impreciso, na dependência da lactação, normalmente em torno das seis semanas, permeados por processos físicos, sociais e psicológicos, inerentes ao processo de maternidade (Lowdermilk; Lewis, 2008). Portanto, ao puerpério está associado o reajustamento, quer físico, quer emocional, familiar e socioeconômico que se inicia após a dequitação e estende-se até à sexta semana após o parto (Graça, 2010).

Ao longo da gravidez, o organismo da mulher passa por uma série de alterações, de modo a poder acolher e dar à luz um novo ser. Após o parto, estas modificações sofrem uma involução ao longo da qual o corpo da mulher vai recuperando as características anteriores à gravidez. As alterações corporais, ao longo do puerpério, levam cerca de 40 dias a manifestarem-se, comprometem todo o organismo da mulher, afetam essencialmente os órgãos genitais, a musculatura pélvica e abdominal e, como é óbvio, o peso do corpo (Lowdermilk; Lewis, 2008).

A puérpera era admitida no serviço de Obstetrícia, cerca de duas horas após o parto - dependendo da sua evolução no recobro ou na sala de Partos, acompanhada pelo recém-nascido, salvo situações em que este tivesse a necessidade de ser transferido para o serviço de neonatologia. O tempo de internamento situa-se nas 48 horas pós-parto, em caso de parto eutócico e 72 horas, se a puérpera estiver perante um parto distócico por cesariana. Findo este

tempo, se não ocorrer nenhuma situação anômala, quer da puérpera como do recém-nascido, ambos têm alta.

A avaliação da puérpera iniciava-se com a sua chegada ao serviço, consultando o processo clínico, com especial atenção para o partograma e a informação adicional pré-natal, caso existisse. Após esta consulta, fazia-se a sua admissão ao serviço, explicando sumariamente o local onde se encontra e o seu funcionamento.

Dependendo do tipo de parto e/ou anestesia a que a puérpera tivesse sido submetida, tinha que permanecer no leito até ao primeiro levante, que surge de acordo com o protocolo do serviço, 24 horas no caso de uma cesariana e quatro horas no parto vaginal sem analgesia, já que a mobilização precoce favorece a regulação do trânsito intestinal e reduz a incidência de quadros tromboembólicos. Porém, se o parto fosse eutócico com analgesia epidural, o primeiro levante da puérpera devia ser após 12 horas (Graça, 2010).

A tromboflebite é uma doença bastante comum que se caracteriza por uma trombose (sangue coagulado) dentro de uma veia superficial, com reação inflamatória da parede venosa e dos tecidos vizinhos. É uma importante causa de morbilidade e mortalidade obstétrica. O risco de trombose na gravidez é considerado maior durante o terceiro trimestre da gestação e, especialmente, no puerpério. Na presença de uma puérpera após cesariana, a incidência de tromboflebite é maior, do que no parto eutócico. Os sinais e sintomas na tromboflebite superficial ocorrem quando há um aumento da temperatura e dor na área afetada, além de rubor e edema, sendo facilmente diagnosticada, manifestando uma veia endurecida e inflamada abaixo da pele, como se fosse um "cordão duro". Na tromboflebite profunda ocorre edema e dor no membro afetado (geralmente é unilateral). O edema pode-se localizar apenas nos músculos gastrocnémicos e no pé ou ainda, pode ser mais intenso atingindo a coxa, indicando que o trombo se localiza nas veias profundas dessa região ou mais acima da virilha (Sobreira; Yoshida; Lastória, 2008).

Recomenda-se o levante precoce, com a elevação do membro afetado, a instrução para o uso de calor local e medicação. Também é necessário recorrer ao incentivo para a realização de movimentos com os pés como se estivesse a pedalar, em posição de trendelenburg, e, concomitante com a medicação, eventualmente prescrita, deve usar meias elásticas. As puérperas com tendência genética para uma coagulação acentuada (hipercoagulabilidade) poderão necessitar do uso indefinido dos anticoagulantes orais (Sobreira; Yoshida; Lastória, 2008). Para o despiste da tromboflebite, deve-se executar a pesquisa do sinal de Homan (dor nos músculos gastrocnémicos após dorsiflexão do pé) e vigilância dos sinais de edema unilateral, taquicardia, aumento da temperatura corporal e mal-estar corporal geral.

O primeiro levante era realizado após a puérpera ter iniciado a dieta e tolerado, suspendia-se a fluidoterapia, depois de a analgesia ter perfundido e procedia-se à desalgiação e à avaliação

dos sinais vitais, sempre na presença do EEESMO ou enfermeiro generalista e de um assistente operacional, pelo risco de hipotensão ortostática, situação justificada pela diminuição do débito cardíaco e do volume sanguíneo, traduzindo a perda sanguínea durante o parto - 500ml no parto vaginal e 1000ml numa cesariana (Ricci, 2007). Esta situação também é agravada pelo ambiente saturado e quente do espaço. Até à realização do mesmo, a puérpera era incentivada a mobilizar os membros inferiores, com exercícios ativos e passivos, como forma de prevenção de tromboembolismos, tanto no caso de partos vaginais como em cesarianas, tal como já foi referido (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Relativamente à hipotensão ortostática, este termo significa uma redução excessiva da pressão arterial (menos 20 mmHg da pressão sistólica e 10mmHg na pressão diastólica) quando a puérpera adota uma posição vertical, provocando uma diminuição do fluxo sanguíneo ao cérebro e, consequentemente, a síncope. Não é uma doença específica, mas antes uma incapacidade de regular a pressão arterial rapidamente, podendo ter diversas causas: quando a pessoa se levanta bruscamente, a gravidade faz com que uma parte do sangue se detenha nas veias das pernas e na parte inferior do corpo. A acumulação reduz a quantidade de sangue que volta ao coração e, portanto, a quantidade bombeada, consequentemente ocorre uma descida da pressão arterial. Perante esta situação, o organismo responde rapidamente: o aparelho cardíaco acelera, as contrações são mais fortes e os vasos sanguíneos contraem-se. Quando estas reações compensatórias falham ou são lentas, verifica-se a hipotensão ortostática (Jonh; Bradley; Kathy; Davis, 2003) (Jonh [et al.], 2003).

A hipotensão ortostática pós-parto, ocorre quando a puérpera passa para uma posição vertical após estar algumas horas na posição de decúbito, ocorrendo palidez, suores fria, taquicardia e hipotensão (Graça, 2010).

Portanto, para prevenir a hipotensão ortostática, a puérpera deve permanecer 2/3 minutos em posição semi-deitada no leito, passando para a posição de sentada na beira da cama até que se confirme ausência de tonturas, visão turva, suores frios e outros sintomas, antes de se levantar. No processo de mudança postural, a frequência cardíaca materna, a pressão arterial, a cor da pele devem ser observadas/avaliadas. Este processo era realizado sempre com a nossa observação e, se possível, em conjunto com um assistente operacional. As queixas verbais da puérpera eram valorizadas, e tinha-se em atenção à quantidade de sangue perdido durante o parto e no pós-parto, pois a probabilidade de hipotensão ortostática é maior se a perda sanguínea também for abundante (Lowdermilk; Lewis, 2008; Graça, 2010).

Durante o tempo de repouso da puérpera, sendo esta dependente, foram realizados os cuidados de higiene parciais, mudança da roupa do leito, cuidados perineais (uretra - ânus), remoção da fralda e colocação de roupa interior larga com penso higiénico descartável e realizados ensinamentos sobre a sua mudança frequente, como forma de prevenir infeções. Os

primeiros cuidados de higiene no duche eram sempre supervisionados pelo risco de queda, como já referimos e como aconselha Campos; Montenegro; Rodrigues (2008).

A avaliação do estado físico da puérpera era realizada, nomeadamente, com especial atenção ao sistema reprodutor: útero, características dos lóquios, períneo e mamas, avaliação do sistema cardiovascular, com a monitorização do pulso e da pressão arterial e avaliação da sua adaptação psicológica às novas vivências. O recém-nascido também era examinado, verificando-se a coloração das mucosas, a pele, a postura e flexibilidade, o tipo de respiração e o estado do coto umbilical. Passo agora a mencionar, pormenorizadamente, os aspetos referidos anteriormente.

Quanto ao sistema reprodutor, após o parto, o retorno do útero à sua posição anatómica é denominada de involução uterina. Após o parto, o útero pode ser facilmente palpável e o seu fundo alcança a cicatriz umbilical, regredindo progressivamente, deixando de ser palpável no abdómen em torno de duas semanas após o parto. As contrações uterinas estão presentes nas primeiras 48 a 72 horas, especialmente durante a amamentação, porque o reflexo de sucção do recém-nascido estimula a secreção de ocitocina que, por sua vez, estimula as contrações uterinas, tornando-as mais intensas (Lowdermilk; Lewis, 2008).

O conhecimento acerca do processo de involução do útero, a sua posição e consistência são importantes, para a deteção precoce de possíveis complicações da subinvolução do útero, tais como, a retenção de excedentes placentários e a infeção. Assim, o útero deve ser rotineiramente avaliado para verificar se há sinais de subinvolução, redução da consistência e mobilidade e aumento da dor, cogitando-se endometrite, principalmente, se associada a sinais de febre (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Para avaliar se o útero se encontrava em involução, em privacidade, era explicado à puérpera em que consistia o procedimento, solicitando para se colocar em decúbito dorsal no leito com os membros inferiores ligeiramente fletidos, e foi executada a palpação do fundo uterino. Nos casos, de subinvolução uterina, foi realizada uma massagem no fundo do útero de forma circular e em direção à vagina, para facilitar e ajudar no processo de eliminação de possíveis coágulos e os lóquios. As puérperas foram informadas sobre a massagem no fundo do útero, as causas e os riscos de atonia uterina, como forma de as envolver ativamente no processo de recuperação e colaboração nos cuidados, diminuindo assim, a ansiedade materna.

O exame físico da puérpera era efetuado neste primeiro momento mas também em todas as situações consideradas necessárias. Ao fim de 12 horas, o fundo do útero pode estar um centímetros acima do umbigo, em cada 24 horas pós-parto ocorre a involução de cerca de um a dois centímetros e após o nono dia pós-parto não deverá ser palpável a nível abdominal (Resnik, 2004, cit. por Lowdermilk; Perry, 2008). É importante ter em consideração que o volume uterino é condicionado pela paridade, tipo de parto e pela amamentação. Assim, o seu volume é

maior nas puérperas submetidas a cesariana, nas múltiparas e nas mulheres que não amamentam (Enkin, 2000, cit. por Graça, 2010).

Também é de salientar que a informação dada à puérpera era no sentido de urinar previamente à realização deste exame (descrito anteriormente), já que a bexiga cheia leva à deslocação do útero acima do umbigo e lateraliza-o. Este facto também impede a sua contração normal, podendo resultar numa hemorragia (Lowdermilk; Lewis, 2008) Em contexto de estágio o que se verificava neste tipo de avaliação é a dor que algumas puérperas referiam sentir aquando da avaliação, principalmente no pós-parto por cesariana. No entanto, quando explicada a necessidade de efetuar a massagem uterina e de existir a possibilidade de serem as próprias a realizá-la notava-se uma maior aceitação para esta intervenção.

Outro aspeto importante e que era avaliado prendia-se com a eliminação dos lóquios, que são perdas de sangue por via vaginal que se iniciam após o parto, de cor vermelho vivo, compostos por eritrócitos e fragmentos da decídua (Lowdermilk; Lewis, 2008; Graça, 2010). Inicialmente são sanguinolentas – hemáticas (dois/ três dias), depois tornam-se sero-hemáticas – cor acastanhada (quatro/10 dias), diminuindo a quantidade e após o 10º dia são serosas – cor amarela e com aspeto mais espesso, resultante do aumento de leucócitos, desaparecendo entre três a seis semanas (Graça, 2010).

No internamento era efetuada regularmente a observação das características, cheiro e quantidade dos lóquios, como forma de despiste de complicações, tais como, hemorragia da ferida perineal, atonia uterina, retenção de fragmentos placentários ou membranas, laceração vaginal não suturada e endometrite. Fizeram parte dos ensinamentos referir os sinais de infeção, nomeadamente, lóquios com odor desagradável, sero-hemáticos ou serosos após 3 ou 4 semanas pós-parto, com febre, dor ou hipersensibilidade abdominal, se a puérpera estiver no domicílio, há a necessidade de recorrer a serviços médicos (Graça, 2010).

Na avaliação do períneo, a maioria das puérperas com partos vaginais, apresentavam ferida perineal resultante da episiotomia. Este é um corte cirúrgico feito no períneo (região muscular que fica entre a vagina e o ânus) durante o parto, para facilitar a passagem do feto. Esta avaliação consistiu na identificação de sinais e sintomas de infeção (dor, rubor, calor, tumor e supuração), se reparação inadequada, existência ou não de deiscência da sutura e a evolução da ferida (Parecer da OE, 23/2011). Durante o ensino clínico, verificou-se que a maior parte das puérperas referiam dor ou desconforto no local da ferida perineal, nestes casos aconselhava-se a colocação de terapêutica tópica fria, como gelo (e também o uso de almofadas), já que é um método eficaz no alívio da dor (Parecer OE, 23/2011). Porém, no caso de persistir a dor após crioterapia, era oferecida analgesia via oral, conforme prescrição.

É de referir que o material de sutura é absorvido por volta do sétimo -10ª dia, com cicatrização por volta de duas a três semanas e não necessitam de cuidados específicos, tendo

em conta os usuais: manter a região da sutura o mais seca e limpa possível, mudar o penso higiênico com frequência, não usar tampões, limpar sempre na direção do ânus para a vagina, evitar ficar sentada por muitas horas seguidas enquanto o períneo estiver em fase de cicatrização e uso de roupa interior de algodão. Estes cuidados são referidos por Lowdermilk; Lewis (2008) e pelo Parecer da OE n.º 23 de 2011.

Por outro lado, numa puérpera com parto distócico por cesariana, a observação do estado da ferida cirúrgica abdominal é imprescindível. O seu tratamento era efetuado no dia da alta, mas caso o penso compressivo se encontrasse repassado ou húmido após os cuidados de higiene, ou no caso de existirem sinais de alerta: penso repassado com evolução após delimitação, dor intensa, rubor na região circundante à ferida, era efetuado o tratamento à ferida cirúrgica abdominal. É importante referir que a infeção da ferida operatória ocorre em cinco por cento dos partos (Graça, 2010). No caso da presença de ferida perineal por episiotomia este tipo de complicação ocorre em menos de um por cento, no entanto, as lacerações de quarto grau apresentam uma taxa de infeção mais elevada (Graça, 2010).

A puérpera era informada que, no caso do material de sutura de agafos, deveria dirigir-se ao centro de saúde por volta do 10º dia pós-parto, para iniciar a remoção dos agafos. No caso de pontos intradérmicos, estes eram absorvidos. Eram igualmente informadas que, se aparecimento de supuração, cheiro fétido, febre, rubor, calor no local da sutura, deveriam dirigir-se às urgências.

Os cuidados de higiene na região perineal foram explicados, tendo sido realizado um reforço dos mesmos durante o internamento e conforme a necessidade de cada mulher, os quais iam ao encontro do que está indicado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Parecer nº 23/2011: procedimentos de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar, ou seja, nas primeiras 24 horas após o parto a puérpera deve realizar os cuidados perineais sempre após a realização das necessidades fisiológicas, lavando com água, secando e trocando o penso higiênico a cada quatro a seis horas ou dependendo da perda sanguínea. Decorridas as 24 horas após o parto, a puérpera era informada de que deveria efetuar os cuidados de higiene diário e manter a higiene vulvo-perineal. Também era reforçada a necessidade de uma higiene cuidada das mãos antes e após efetuar os cuidados de higiene.

Após o primeiro levante e posteriormente à desalgaliação, a puérpera deve efetuar a sua primeira micção espontânea, que deve acontecer entre as seis a oito horas (Lowdermilk; Lewis, 2008). Se após esse período, a puérpera não tivesse uma micção espontânea era aconselhada a hidroterapia com água quente e, se apresentasse globo vesical, era efetuado esvaziamento vesical com sonda, tal como nos refere a NICE (2006).

Relativamente ao trânsito intestinal, é normal que nos primeiros dois/ três dias após o parto, este não surja espontaneamente, pela diminuição da tonicidade dos músculos intestinais durante

o parto, devido ao jejum prolongado e/ou à desidratação. Muitas puérperas referiam desconforto intestinal, então, como forma de ajudar à eliminação intestinal, a puérpera era incentivada a deambular, à hidratação oral, à ingestão de alimentos ricos em fibras e, em último recurso, era lhes proposto a administração de emolientes ou laxantes prescritos em SOS. O padrão de eliminação intestinal restabelecer-se-á duas a três semanas após o parto (Lowdermilk; Lewis, 2008).

O restabelecimento da função urinária e intestinal é fundamental pois confirma a integridade da musculatura adjacente ao canal do parto, mesmo com a realização de episiotomia e posterior episiorrafia.

Relativamente à introdução de alimentos após parto distócico por cesariana é recomendada que seja efetuada o mais precoce possível, cerca de seis a oito horas após o parto, pois verifica-se que a regularização da função intestinal será beneficiada (Dollar; Raymond; Roberta, 2001).

Os exercícios físicos podem ser iniciados no primeiro dia após o parto. A puérpera era informada e incentivada à realização dos exercícios de Kegel, que têm como principal objetivo o fortalecimento muscular do pavimento pélvico. Este ensino consiste na identificação, pela puérpera, dos MPP que deveriam ser exercitados, e como? Interrompendo e iniciando o fluxo urinário até à identificação dos músculos em questão, orientando-a, para o seu efeito. Posteriormente era aconselhada a realizar 10 contrações de cinco segundos pelo menos três vezes ao dia, aumentando progressivamente, quer o tempo das contrações como o seu número (Ricci, 2007).

Uma das áreas de atuação passa por intervir adequadamente quando se está perante uma puérpera com patologia associada, necessitando saber identificar sinais e sintomas da complicação em causa. Em contexto de estágio tivemos a oportunidade de prestar cuidados a puérperas portadoras de complicações, como doenças hipertensivas (pré-eclampsia e HTA crónica) e DM.

Nas puérperas com diagnóstico de pré-eclampsia, procedeu-se à avaliação dos sinais vitais em todos os turnos e sempre que a situação o justificasse. À puérpera eram reforçados os ensinamentos sobre os sinais e sintomas de risco que deve identificar e comunicar, como: cefaleias, alteração da visão e/ou epigastrias (Lowdermilk; Lewis, 2008). Sempre que possível a puérpera e o recém-nascido ficavam numa enfermaria mais tranquila, com o intuito de proporcionar um ambiente mais calmo.

Nas puérperas com DM, devido ao facto de, durante a gravidez, a placenta funcionar como fonte de resistência à insulina, após a sua remoção com a dequitação, as necessidades de insulina diminuem consideravelmente (Lowdermilk; Lewis, 2008).

A vigilância no puerpério imediato é semelhante à da puérpera sem DM com o objetivo de detetar e tratar precocemente possíveis complicações, como a hemorragia pós-parto secundária,

a atonia uterina e infecção. Durante o tempo de internamento as intervenções passavam por manter a vigilância dos valores de glicemia e a avaliação da necessidade de administração de insulina, não esquecendo dos cuidados referentes a todas as grávidas, tais como promover a adoção de estilos de vida saudáveis, com o incentivo para a amamentação precoce e a informação sobre os métodos contraceptivos mais adequados, sendo fundamental.

Na puérpera com DM tipo I, prévia à gravidez, após o parto as necessidades de insulina decrescem rapidamente, sendo grande o risco de hipoglicemia. É frequente a puérpera diabética não necessitar de insulina por um período de 24 a 72 horas, sendo que se deve avaliar a glicemia de duas em duas horas a quatro em quatro horas (nas mulheres submetidas a cesariana sob perfusão glicosada) e quando, reiniciada a alimentação oral, deve-se avaliar as glicemias pré e pós-prandiais. A administração de insulina de ação curta em pequenas doses foi administrada sempre que a glicemia foi superior a 140 mg/dl. O reiniciar de um esquema fixo de insulina só foi realizado, quando a glicemia era superior a 140 mg/dl em jejum e 180 mg/dl pós-prandial (na ausência de soro glicosado) (Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez, 2011).

No caso de uma puérpera com DM tipo II prévia à gravidez, seguiu-se o protocolo de vigilância proposto e de preferência mantinha-se a insulino terapia durante a amamentação, sendo que as doses são menores do que as administradas na gravidez. A terapêutica oral, tal como durante a gravidez, pode ser uma alternativa, faltando ainda mais estudos sistemáticos da sua utilização neste período. A prescrição da terapêutica e recomendações para a auto-vigilância eram reforçadas e explicadas à puérpera antes da alta. Nos casos em que não existia uma vigilância regular instituída, era marcada, de preferência, uma consulta dentro de 4 a 6 semanas, para aferição da terapêutica (Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez, 2011).

No caso da DM gestacional, se tratada com insulina, no puerpério imediato seguia-se um esquema de vigilância e terapêutico idêntico ao da grávida com DM prévia à gravidez, sendo que normalmente, deixava de ser necessária a administração de insulina e suspendia-se a pesquisa das glicemias capilares após confirmação da sua normalidade e sem administração de soro glicosado 24 a 48 horas após o parto. Na mulher bem controlada sem necessidade de insulina, era suspensa a vigilância glicêmica. A amamentação era incentivada devido aos seus possíveis benefícios a curto e a longo prazo para a puérpera e para o recém-nascido, com redução do risco futuro de obesidade, doenças cardiovasculares e intolerância à glicose. Antes da alta ficava assegurada a marcação da prova de tolerância oral à glicose de reclassificação, para 6 a 8 semanas após o parto e a consulta de reavaliação e o reforço dos cuidados a ter com a alimentação e exercício físico de forma a adotar estilo de vida saudável (Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez, 2011).

Em contexto de estágio, surgiu uma situação isolada de uma puérpera que no pós-parto imediato apresentava sintomatologia de tremores. A atuação passou por promover o

aquecimento com um cobertor, tal como refere Graça (2010), tratando-se de uma situação muito frequente no pós-parto imediato, no entanto, ainda não existe uma justificação irrevogável, podendo tratar-se de uma reação termogénica materna, analgesia, bacteriémia, hemorragia. Com esta puérpera, todos os valores encontravam-se dentro dos parâmetros normais.

Sendo o internamento em Obstetrícia um período de tempo muito curto, existem aspetos que não podem ser acompanhados pela equipa de enfermagem, nomeadamente, em relação à parte psicológica, emocional da puérpera. No pós-parto, a sensibilidade emocional é maior devido aos fatores biopsicossociais.

O pós-parto é um período de alterações biológicas, psicológicas e sociais. Esta é considerada a fase mais vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos. O *blues* puerperal, a depressão e a psicose pós-parto têm sido classicamente relacionadas ao pós-parto. Atualmente, tem sido observado que os transtornos ansiosos também estão associados a esse período.

O *blues* puerperal é considerado a forma mais leve dos quadros puerperais e pode ser identificada em 50% a 85% das puérperas, dependendo dos critérios de diagnósticos utilizados. Os sintomas geralmente iniciam-se nos primeiros dias após o nascimento do recém-nascido, atingem um pico no quarto/quinto dia do pós-parto e terminam de forma espontânea no máximo em duas semanas. O seu quadro inclui choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes (Cantilino [et al.], 2010).

É igualmente importante o conhecimento por parte das puérperas e seus familiares dos sinais e sintomas, principalmente no *blues* puerperal, de forma a prevenir complicações, e realizar um diagnóstico precoce, para que a assistência surja atempadamente, bem como, a aceitação por parte dos familiares seja possível. Portanto, durante o ensino clínico, procedeu-se à realização de ensinamentos à puérpera e seus familiares acerca deste transtorno.

Outro aspeto que consideramos importante, passa pela avaliação do estabelecimento do processo de vinculação. Devemos observar cuidadosamente os comportamentos que indiquem a formação de vínculos emocionais entre o recém-nascido e a família, em especial a mãe e o pai. Quando existem comportamentos de face a face, de despir e tocar no recém-nascido, o sorrir, beijar e falar com ele, segurá-lo, balançá-lo e aninhá-lo junto do seu corpo são ótimos sinais de formação da vinculação mãe/pai-recém-nascido (Hockenberry; Wilson, 2011). Por outro lado, se a mãe/pai não se sentem confortáveis para pegar no recém-nascido, não demonstram vontade em saber como cuidar dele, tocam-lhe apenas com as pontas dos dedos, não falam com ele, não brincam, evitam contato visual e até dão mais atenção às visitas, estamos perante uma situação em que os pais estão com dificuldade de adaptar-se à parentalidade (Lowdermilk; Lewis, 2008). Apesar de não ter identificado nenhum caso, perante uma situação destas, devemos estar preparados para solicitar a colaboração da assistente social, psicóloga (da instituição hospitalar), dos familiares mais próximos, como forma de ajudar o casal/mãe/pai a identificarem os fatores

predisponentes desta não adaptação/transição, bem como, dispor estratégias e intervenções que promovam a transição e adaptação à parentalidade.

Outro aspeto valorizado passava pela observação dos comportamentos dos pais face ao choro, sorriso ou murmúrios do recém-nascido, bem como se respondiam aos sinais de fome ou de aproximação do recém-nascido. Neste sentido, também informávamos acerca das competências do recém-nascido, explicando cada sentido. Em contexto de estágio, verificamos que a maioria das puérperas não tinha conhecimentos sobre as competências que o recém-nascido possui, sendo feitos ensinamentos no sentido de colmatar este défice de conhecimentos.

Assim, cada recém-nascido apresenta, desde o nascimento um conjunto de competências sensoriais e comportamentais que lhe permite uma interação ativa. Utilizando respostas comportamentais estabelece os seus primeiros “diálogos”. Quando o recém-nascido nasce a visão não está totalmente desenvolvida, é enevoada e sem profundidade, como se contemplasse o mundo através de um vidro embaciado. As pupilas reagem à luz e o reflexo de “pestanejar” é facilmente observável. É capaz de focar e contemplar intencionalmente os objetos (preferencialmente o rosto humano) sendo a distância ideal de cerca de 20 a 30 centímetros. Prefere tons suaves e avermelhados a luzes fortes e brilhantes (Cannavaro; Pereira 2001).

Quanto à audição, a escuta seletiva dos sons e ritmos da voz materna durante a vida intra-uterina prepara o recém-nascido para reconhecer e interagir imediatamente com a mãe desde o primeiro momento de vida. Tem preferência pela voz humana, especialmente pela dos pais, pois o som suave e rítmico suscita interesse e promove tranquilidade ao recém-nascido. Tem o sentido do olfato fortemente apurado, estando apto a distinguir os cheiros agradáveis dos desagradáveis. Não gosta de cheiros fortes e agressivos como o de desinfetantes e perfumes. Por outro lado, sente-se atraído por odores doces, como o leite materno. Com poucas semanas de vida é capaz de distinguir o cheiro da mãe (Cannavaro; Pereira, 2001).

Desde o nascimento que o recém-nascido apresenta o paladar desenvolvido, conseguindo reconhecer os sabores básicos: doce, amargo, salgado e ácido, embora apenas o doce lhe agrade. O tato constitui um importante meio de comunicação entre o recém-nascido e o mundo que o rodeia, funcionando simultaneamente para o despertar ou acalmar. As zonas do corpo mais sensíveis são a boca, as palmas das mãos e as plantas dos pés. O toque assume assim um papel importante na relação. Um toque suave produz um efeito calmante e relaxante, enquanto um toque mais forte e rápido desencadeia, com frequência, sinais de desconforto (irregularidade da respiração, alteração da coloração da pele, movimentos bruscos e descoordenados (Cannavaro; Pereira, 2001).

As diferenças comportamentais das crianças, nas primeiras semanas de vida, não estão apenas relacionadas com a personalidade dos pais ou com a forma como são cuidadas mas

essencialmente com o seu temperamento, pelo que alguns recém-nascidos são mais fáceis de cuidar: acordam e alimentam-se em ciclos regulares, são moderadamente ativos, adaptam-se rapidamente à mudança e estão normalmente de bom-humor. Outros porém, são recém-nascidos mais sensíveis, não têm ciclos regulares de sono e fome e as suas necessidades variam de dia para dia, adaptam-se menos facilmente à mudança. Em certas ocasiões choram intensamente e podem ficar irritados por razões variadas, podem ser mais sensíveis ao barulho, à luz e ao movimento. Estes necessitam de maior flexibilidade e de uma rotina clara e estável para ganharem confiança, sendo por isso importante que os pais observem o recém-nascido, no sentido de descobrir, lentamente, a sua personalidade. Estas descobertas serão muito importantes para que possa adaptar a forma como cuida e a atenção que lhe deve oferecer (Cannavaro; Pereira, 2001).

Assim, como já referimos anteriormente, estas competências foram informadas aos pais, principalmente aos que foram pais pela primeira vez, pois eram os que demonstravam mais dificuldades, com o objetivo de os ajudar a compreender o recém-nascido, a saber ouvir, olhar e interpretar cada sinal que ele transmite, bem como, pensamos que seja uma forma de envolver os pais no seu crescimento saudável.

A dor do recém-nascido é um aspeto valorizado, sendo por isso contemplado com o seu registo no SAPE através da Escala de Edin, que é baseada na avaliação de cinco indicadores comportamentais: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, interação e facilidade em ser confortado (Sale; Wolf, 2005).

Até à década de 80, considerava-se que o recém-nascido não sentia a dor tão intensamente como o adulto, nem tinha a capacidade de recordar tais momentos dolorosos, pelo que eram frequentemente submetidos a procedimentos invasivos sem analgesia, porém a investigação demonstrou o contrário. Em crianças que ainda não verbalizam, o reconhecimento da dor é feito de forma indireta, com base em indicadores comportamentais e fisiológicos (Silva, 2012).

Os indicadores comportamentais podem ser respostas motoras simples, expressões faciais, choro e respostas comportamentais complexas: exemplos de respostas motoras simples são a flexão e adução das extremidades; exemplos de expressões faciais em resposta à lesão tecidular, no recém-nascido de termo e pré-termo, são a fronte saliente, estreitamento da fenda palpebral, aprofundamento do sulco naso-labial, abertura da boca, estiramento vertical e horizontal da boca e língua tensa (Silva; Silva, 2010).

Em recém-nascidos de termo, os indicadores fisiológicos incluem o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, da frequência respiratória e a diminuição da saturação de oxigénio. Em recém-nascidos pré-termo compreendem o aumento da frequência cardíaca, diminuição da saturação de oxigénio, aumento da pressão intra-craniana e variabilidade na frequência

respiratória e nos valores transcutâneos de pO_2 e pCO_2 . As medições fisiológicas são objetivas e sensíveis, mas não específicas da dor (Silva; Silva, 2010).

Ao abordar a temática da dor, consideramos importante refletir acerca da punção venosa no recém-nascido, já que é uma técnica executada com alguma regularidade no serviço de obstetrícia. No decorrer desta intervenção a administração de glicose oral associada à sucção não nutritiva com chupeta ou, mais vulgarmente, com dedo enluvado, era tida em conta. A administração de glicose é eficaz no controlo da dor e deve acontecer dois minutos antes da intervenção, porém este estudo é inconclusivo quanto à dose adequada a ser sugerida, no entanto, concluiu-se que a dosagem de glicose, mais comum, a administrar fica compreendida entre os 0,05 a dois ml (Silva; Silva, 2010).

Uma das situações em que o recém-nascido é sujeito à punção venosa com alguma regularidade, como por exemplo, quando apresenta o diagnóstico de icterícia, circunstância que tivemos oportunidade de vivenciar em estágio. A icterícia advém da pigmentação amarelada na pele e esclerótica, provocada por níveis elevados do pigmento biliar bilirrubina, o que se verifica quando esta excede os cinco mg/dl no sangue (Consensos de Neonatologia, 2004), os níveis de bilirrubina elevados podem provocar um conjunto de disfunções neurológicas. Aproximadamente 67% dos recém-nascidos de termo ficam ictéricos. No parto prematuro a hiperbilirrubinemia é mais prevalente (este valor chega a 80%), mais grave e com curso mais prolongado.

A todos os recém-nascidos era avaliado, se estão subictéricos ou não, tendo especial atenção aos recém-nascidos com fatores de risco (parto distócico por ventosa ou fórceps, recém-nascidos com baixo peso). Essa avaliação consiste em pressionar a pele, na ponta do nariz ou no esterno, que vai promover um branqueamento dessa área pressionada, pronunciando a coloração amarela. Após a suspeita era realizada uma avaliação transcutânea. Dependendo dos valores e do tempo de vida do recém-nascido, a situação era comunicada à equipa médica. Num recém-nascido de termo o valor máximo poderá ser de 12 mg/dl e no recém-nascido pré-termo o limite ficará entre os 10-12 mg/dl. A icterícia, mais frequente, advém de: incompatibilidade sanguínea (ABO, RH), prematuridade, aleitamento materno e sépsis (Consensos de Neonatologia, 2004; Lowdermilk; Lewis, 2008).

O tratamento de eleição da hiperbilirrubinemia no recém-nascido é a fototerapia. Esta pode ser profilática (evitando níveis tóxicos de bilirrubina) ou terapêutica. Quando os recém-nascidos necessitavam de ser colocados a realizar fototerapia, devido a valores elevados de bilirrubina, os ensinamentos às mães/pais passavam, inicialmente, por explicar que este tratamento efetuava a conversão da bilirrubina em derivados hidrossolúveis capazes de serem eliminados na bile e na urina, fazendo com que os valores diminuíssem rapidamente; era explicado, que após o banho do recém-nascido, não se deveria colocar creme hidratante para evitar possíveis

queimaduras; o peso do recém-nascido era monitorizado para avaliar possível perda de peso, devido a possível desidratação, daí que era reforçada a hidratação, sendo que a alimentação era controlada de forma rigorosa, evitando ingestão nutricional deficiente. Neste sentido, eram informados sobre a correta colocação do recém-nascido em segurança, protegendo as gônadas e olhos, para evitar lesão córnea, despidos com a fralda, em decúbito ventral/dorsal alternado (Ricci, 2007).

Devido ao uso da ventosa, no parto distócico, no momento após o parto até aproximadamente três/quatro dias, os recém-nascidos apresentam a bossa sero-hemática ou cefalohematoma, sendo realizados ensinamentos aos pais: a bossa (edema do couro cabeludo com a presença de sinal de Godet, difuso, com presença frequente de equimose, localizado na parte do crânio comprometida com a apresentação ao nascimento) desaparece ao fim de alguns dias após o nascimento, não requer tratamento, podendo ocorrer hiperbilirrubinemia (icterícia); quanto ao cefalohematoma (tumefação com consistência elástica oriunda de uma hemorragia limitada à superfície de um osso craniano, habitualmente o osso parietal, e em local abaixo do periósteo (subperiosteal), é bem delimitada, que não ultrapassa a sutura óssea e pode ser uni ou bilateral), a maioria é reabsorvida entre segunda semana e o terceiro mês de vida (conforme o tamanho), não requer tratamento e também pode levar ao aparecimento de icterícia ou anemia no caso de hematomas grandes (Graça, 2010).

Relativamente aos cuidados de higiene e conforto do recém-nascido, estes eram efetuados todos os dias, no período da manhã, com a visualização/intervenção da puérpera e com a realização de ensinamentos. Assim, eram realizados ensinamentos acerca da higienização das mãos antes e após a execução dos cuidados ao recém-nascido, quanto à higiene e conforto do recém-nascido - cuidados com a temperatura e o nível da água, diferentes formas de dar o banho, os produtos utilizados no banho, a limpeza do coto umbilical, a mudança e colocação da fralda, o corte das unhas, a limpeza dos olhos, ouvidos e nariz, a aplicação de creme hidratante para prevenir e tratar a pele seca, e os cuidados com a roupa do recém-nascido. Este momento também era uma excelente oportunidade para observar o comportamento do recém-nascido, o seu estado de consciência, prontidão e atividade muscular (Hockenberry; Wilson, 2011).

Era dado sempre ênfase aos cuidados com o coto umbilical, pois muitas mães demonstravam alguma inquietação. Assim, primeiramente a puérpera observava a realização da limpeza ao coto umbilical para, seguidamente, ela própria executar. Era ensinado que deviam lavar as mãos antes e após a limpeza e utilizar compressas e sabão líquido, sendo que os cuidados ao coto umbilical deviam ser efetuados cerca de três a quatro vezes por dia, para que mumifique mais rapidamente (Hockenberry; Wilson, 2011), em movimentos circulares, e a fralda não deve cobrir o coto, pois uma fralda conspurcada retarda ou impede que o coto mumifique e aumenta a susceptibilidade para infecção. A queda do coto umbilical acontece até às duas semanas de vida e

pode ser acompanhada de uma pequena hemorragia, sendo que depois da sua queda, este deve continuar a ter os mesmos cuidados, durante alguns dias, até a completa cicatrização. Os sinais de infecção - exsudado esverdeado ou purulento, com cheiro fétido, calor, rubor na pele circundante, são igualmente comunicados aos pais (Hockenberry; Wilson, 2011).

Os recém-nascidos que se encontravam abrangidos pelo protocolo de serviço referente ao controlo de valores de glicemia eram os filhos de mães diabéticas, recém-nascidos com peso ao nascer inferior a 2500 gramas ou superior a 4000 gramas, pelo risco de hipoglicemia. Para além do valor de glicemia capilar, que deveria ser superior a 40 mg/dl, também era essencial estarmos despertos para outros sinais de hipoglicemia como: cianose, apneia, tremores, letargia, fome, convulsões, choro fraco e agudo, esforço respiratório irregular e dificuldade alimentar (Lowdermilk; Lewis, 2008).

No decorrer do período de hospitalização, o recém-nascido era vacinado, e o nosso papel centrava-se na administração da vacina da BCG (tuberculose) e a primeira dose da vacina da hepatite B, explicando a sua finalidade e os efeitos secundários. No caso da vacina da BCG, sendo uma vacina intradérmica, era informado aos pais o aparecimento normal de uma cicatriz vacinal, que após duas a seis semanas, pode aparentar-se com uma borbulha, com sangue e supuração, em que não devem aplicar creme hidratante nessa área, remover a crosta nem efetuar expressão do local e devem dar banho normalmente, secando com a toalha suavemente. No caso da vacina da hepatite B sendo uma vacina intramuscular, como efeitos secundários, poderia provocar dor no local de administração, formação de pequeno nódulo, inflamação avermelhada da pele e febre.

Nestes momentos, os pais eram informados acerca do teste de Guthrie, mais vulgarmente conhecido pelos pais como “Teste do Pézinho”. Eram informados que este deveria ser efetuado entre o terceiro e o sexto dia de vida no centro de saúde do local de residência ou no hospital, se houvesse necessidade de internamento do recém-nascido. Eram sensibilizados para o agendamento atempado dessa visita, bem como acerca da importância da realização deste teste: consiste no diagnóstico precoce de doenças do foro metabólico. Algumas das doenças que é possível identificar através deste teste nem sempre têm manifestações visíveis no recém-nascido, mas podem provocar problemas físicos, debilidade mental e eventualmente a morte, quando não são diagnosticadas e tratadas precocemente.

Outros fatores foram abordados às puérperas e seus conviventes significativos, nomeadamente, acerca dos sinais e sintomas de alerta do recém-nascido, de forma a sensibilizar os pais para o diagnóstico precoce, bem como a alertar a equipa de enfermagem, e a sentirem-se mais preparados, para poderem atuar com segurança. Esses sinais de alarme passavam por: temperatura de 38°C ou superior; vômitos fortes e persistentes; recusa alimentar; frequentes trocas de fralda pouco molhada; alterações no padrão de defecação em comparação com o

normal; letargia ou sonolência excessiva; distensão abdominal e respiração difícil ou laboriosa (Ricci, 2007). Com a detecção de algum destes sinais, os pais deveriam alertar os profissionais de saúde, e se for o caso deveriam telefonar para a linha de saúde 24 (808 24 24 24) antes de se dirigirem à urgência hospitalar, de forma a evitar o contato do recém-nascido com os possíveis vírus presentes em meio hospitalar, e assim, por via telefônica seria informado qual a atitude a tomar pelo bem-estar do recém-nascido.

Quanto à segurança do recém-nascido, era imprescindível transmitir aos pais a necessidade de identificar situações de risco que poderiam colocar em causa a segurança do recém-nascido, nomeadamente, o transporte no automóvel. Este devia ser realizado utilizando uma cadeira adequada, com a necessidade de previamente treinarem e verificarem o funcionamento da cadeira, sendo que devia ser uma cadeira leve e de fácil instalação e transporte. Informar que, aquando da alta devem ter a cadeira de transporte rodoviário do recém-nascido, pois é a única forma segura de transportar o recém-nascido no automóvel. Quanto à sua colocação, esta devia estar sempre voltada para a retaguarda (sentido inverso ao da marcha do veículo), banco traseiro ou eventualmente no banco da frente (nunca colocar neste banco se o automóvel tiver airbag ativo), e quando andar no banco da frente devem colocá-la o mais atrás possível, ficando assim a cadeira mais afastada do tablier do automóvel, porém, se esta se encontrar no banco de trás, então devem recuar o banco do passageiro o mais para a frente possível, de acordo com o que nos refere a Associação para a Promoção da Segurança Infantil.

Quanto à prevenção de síndrome de morte súbita, era informado aos pais que devem optar pela colocação do recém-nascido no leito em decúbito dorsal, com a cabeça descoberta; devem manter o recém-nascido em ambiente sem contato com tabaco; o recém-nascido não deve dormir na cama dos pais, nem os pais devem adormecer com o recém-nascido no sofá. A temperatura ideal do quarto deverá estar entre 18-21°C, a chupeta parece ter um efeito protetor, mas apenas se deve oferecer ao recém-nascido se a amamentação estiver estabelecida, tal como nos indica a Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Como futura EEESMO uma das competências passava por promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Neste sentido, as puérperas que pretendiam amamentar eram incentivadas a fazê-lo desde a primeira refeição do recém-nascido, que começa no bloco de partos e, posteriormente, no serviço de obstetrícia e domicílio.

De acordo com um estudo efetuado no próprio serviço, verificou-se que a amamentação na região do Vale do Sousa apresenta percentagens muito baixas, pelo que está presente um sentido de pró-amamentação muito vincado de forma a contrariar este cenário. A amamentação pode ser um processo difícil para a puérpera, já que, aliado ao cansaço e dor física, ainda acresce a responsabilidade de cuidar e alimentar o seu filho. No entanto, o objetivo primordial é permitir

que a puérpera supere as suas dificuldades e que, tanto ela como o recém-nascido, possam retirar todo o prazer possível, estabelecendo assim um vínculo perfeito de mãe/filho.

A amamentação é um processo fisiológico, no entanto, necessita de ser aprendido, pelo que a ação dos enfermeiros nesta etapa é fundamental. Para que isso aconteça é importante que se conjuguem três fatores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Bértolo; Levy, 2008).

Com o intuito de apoiar o estabelecimento e manutenção da amamentação foi criado pela equipa de enfermagem deste serviço, o Cantinho da Amamentação. É um espaço físico acolhedor que permite privacidade e conforto, características que as enfermarias não possibilitam, uma vez que, se encontram mais do que uma puérpera em cada enfermaria, a acrescentar as respetivas visitas (entre as 14 horas e as 20 horas). Este espaço encontra-se no exterior do serviço, o que implica a necessidade de retirar a pulseira eletrónica ao recém-nascido e as puérperas afastarem-se das visitas, fatores que podem justificar o insucesso do projeto. Com o intuito de ultrapassar este aspeto, em estágio, participamos na divulgação do Cantinho da Amamentação junto das puérperas dando a possibilidade de frequentar o espaço, após a alta do internamento.

Ao longo do período de hospitalização, as puérperas eram instruídas acerca das vantagens do aleitamento materno para o recém-nascido, vantagens que se verificam desde a infância até à idade adulta, como por exemplo a diminuição de doenças como a doença de Crohn, colite ulcerosa, DM, cancros de infância (linfoma, leucemia), obesidade e doenças infecciosas (infecções respiratórias, meningite bacteriana, infeções do trato urinário); diminuição das taxas de síndrome da morte súbita. Os ensinamentos passavam também por esclarecer quanto às vantagens para a mulher que amamenta como a diminuição da incidência de cancro da mama e ovário e das fraturas de anca e osteoporose no período pós-menopausa; diminuição da hemorragia pós-parto e involução uterina mais rápida, a recuperação mais rápida do peso pré-gestacional e o facto de existir a experiência de uma ligação única, favorecendo a aquisição do papel maternal (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Com o intuito do processo da amamentação ser o mais prazeroso possível as puérperas eram instruídas sempre que havia necessidade. As dúvidas/informações que, em contexto de estágio, percebemos que eram mais frequentes e necessárias passavam pelo ensino sobre uma pega adequada do recém-nascido na mama: a mãe tem de sustentar corretamente a mama, em que o polegar deve estar na parte superior da mama e os outros quatro dedos sob a mama; a mãe deve tocar com o mamilo no lábio inferior do recém-nascido até que este abra amplamente a boca, e com a boca aberta deve colocar o mamilo, e a aréola deve ficar, pelo menos dois a três centímetros, na boca, ficando com os lábios voltados para fora; o queixo deve tocar na mama; e

o correto posicionamento do recém-nascido revela-se pelo alinhamento da mama com a orelha, o ombro e a anca (Ricci, 2007; Lowdermilk; Lewis, 2008).

A duração das mamadas consistia também numa dúvida muito comum pois as puérperas perguntavam constantemente “será que já chega?”. Era explicado que a duração da mamada depende da díade mãe-recém-nascido, pelo que não se poderia referir um valor exato. Ao longo do tempo a mãe irá aperceber-se das necessidades do recém-nascido. Era também referenciado que os sinais como, a mama mais mole, o padrão sucção/deglutição mais lento, o recém-nascido parecer satisfeito, em que adormece e larga o mamilo, devem ser identificados como os sinais de que a mamada acabou, tal como refere Lowdermilk; Lewis (2008). Para avaliar se o recém-nascido mama o suficiente, as puérperas eram incentivadas a vigiar o número de micções e defeções (devem ser seis a oito e duas a cinco defeções por dia), o aumento de peso deve ser constante após a primeira semana, e o estado reativo do recém-nascido deve ser: dormir bem e mostrar-se alerta e saudável quando acordado (Ricci, 2007).

Era igualmente necessário que as mães tivessem a consciência de que o leite inicial apresentava-se mais rico em água e lactose e o leite no final tem mais aporte de gordura, sendo essencial para que o recém-nascido aumente de peso (Bértolo; Levy, 2008). Tendo por base esta informação as mulheres entendiam mais facilmente que só após ter terminado a mamada na mama inicial poderiam oferecer a outra.

Quanto à frequência das mamadas também existiam imensas dúvidas, neste âmbito era preconizado o ensino acerca dos sinais que o recém-nascido poderia exibir indicando a prontidão para a alimentação como: movimentos de sucção, o levar a mão à boca, movimento de rotação e movimentos da boca. Estes sinais eram ensinados, de forma a contemplar a amamentação por demanda livre, em que o recém-nascido deve mamar entre oito a doze vezes por cada 24 horas e a partir daí ele próprio vai estabelecer o seu horário.

Em situações variadas, presenciou-se puérperas a tentar dar de mamar a recém-nascidos que estavam agitados e chorosos. Foi importante explicar que só depois do recém-nascido acalmar é que se poderia concentrar-se na alimentação, mesmo que tivesse fome. Algumas estratégias ensinadas para acalmar um recém-nascido agitado passaram por: envolver o recém-nascido com uma manta e segurá-lo junto ao corpo da mãe, o falar com o recém-nascido tranquilamente, o tocar ou embalar o recém-nascido suavemente, o reduzir estímulos ambientais, o permitir que o recém-nascido sugue o dedo da mãe, o colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe (Lowdermilk; Lewis, 2008). Também o inverso foi muito comum em que as puérperas debatiam-se com o recém-nascido adormecido na mama. Relativamente a esta situação as mães eram informadas que este deve estar desperto e para isso pode ser necessário mudar a fralda, despi-lo parcialmente, falar com ele, esfregar as mãos e pés do recém-nascido e sentá-lo (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Tão importante como os aspetos relacionados com o recém-nascido são os comportamentos da mãe, como a importância do posicionamento correto enquanto amamenta, em que, por vezes, o simples colocar de uma almofada nas costas e/ou no colo para apoiar o recém-nascido enquanto amamenta sentada, ou uma almofada nas costas da mãe e uma manta enrolada para apoiar as costas do recém-nascido enquanto amamenta deitada, fazem com que a mulher se sinta confortável fisicamente e torne a experiência da amamentação agradável e satisfatória.

Quanto à alimentação da puérpera demonstra ter uma importância crucial para evitar a anemia e obstipação e promover o bem-estar, deste modo a puérpera era informada que pode orientar-se pela roda dos alimentos, tendo uma alimentação variada e equilibrada. Quanto às necessidades hídricas pode e deve ingerir 1,5 a dois litros de água por dia, devido à amamentação e a satisfação da sua sede (Lowdermilk; Lewis, 2008).

Durante a primeira e a segunda semana a puérpera deve permanecer em repouso sempre que possível, pois o cansaço, as preocupações levam a que a produção de leite seja afetado negativamente. Em contexto de estágio, as puérperas foram incentivadas a dormir/descansar sempre que o recém-nascido estivesse calmo e a dormir, bem como se o pai do recém-nascido ou algum familiar próximo estivesse presente, este era incentivado a colaborar em algumas tarefas, nomeadamente, colocar o recém-nascido a eructar, a mudar a fralda, a acalmar o recém-nascido caso chorasse, com o intuito de apoiar a puérpera e incluir o pai neste processo de transição para a parentalidade.

Uma das complicações mais observada em contexto de estágio foi a presença de dor nos mamilos que influenciam negativamente a remoção eficaz de leite, contribuindo para, por exemplo, um quadro de mastite. No sentido de as ajudar neste processo, foram ensinadas a colocar, no final da mamada, um pouco de colostro à volta do mamilo e aréola, devido às suas propriedades cicatrizantes, a colocação de um creme hidratante de Lanolina - Purelan® e era explicado que na próxima mamada não necessitavam de remover o creme, a proporcionaram um ambiente seco em volta do mamilo e a utilizar para isso os discos de amamentação ou os protetores de mamilos (Bértolo; Levy, 2008).

Uma das ambições deste serviço é adquirir a patente de “Hospital Amigo do Bebê”, no entanto, devido à falta de recursos humanos este projeto terá que ser adiado, pois de acordo com o Parecer da Ordem dos Enfermeiros “Condições para o funcionamento de maternidades”, o que seria de esperar num serviço é um EEESMO para três a quatro puérperas com o recém-nascido em alojamento conjunto. No entanto, o que se verifica é que no turno da manhã são atribuídas duas enfermarias a cada Enfermeira, compostas por quatro puérperas cada uma (perfazendo um total de oito), e no turno da tarde e da noite são apenas duas enfermeiras para 26 camas com recém-nascidos em alojamento conjunto. Através destes números podemos depreender que os recursos humanos são reduzidos e também as EEESMO são apenas quatro.

Com a alta, os pais irão estar perante um recém-nascido com necessidades, que precisa de cuidados permanentes, sendo que durante o internamento trabalhamos no sentido de ditar as puérperas com informações úteis que as vão auxiliar nestes cuidados. Assim, no momento da alta eram esclarecidas dúvidas e lembrados alguns aspetos, como a necessidade de agendar a primeira consulta de revisão do puerpério que deverá ser efetuada entre a quarta e a sexta semana pós-parto, sobre o início da atividade sexual que poderá ser reiniciadas entre a segunda e terceira semana, se a mulher não sentir desconforto ou dor e se o casal se sentir preparado (Graça, 2010). Uso de gel lubrificante à base de água para ajudar a aliviar o desconforto durante a relação sexual pode ser recomendado, especialmente se a mulher está a amamentar (NICE, 2006). Porém, na nossa sociedade, a sexualidade continua a ser um tabu, portanto era fundamental tentar colocar a puérpera à vontade, com privacidade, para que consiga revelar os seus medos, receios e desejos, sem ser discriminada ou sujeita a juízos de valor.

Relativamente ao planeamento familiar, na abordagem acerca da escolha do método contraceptivo era necessário ter em conta fatores como: se a mulher se encontra a amamentar ou não, se pretende voltar a engravidar e quais as expectativas do casal em recomeçar as relações sexuais. As mulheres eram informadas acerca das várias opções (preservativo, contraceptivo oral, anel vaginal, colocação de dispositivo intrauterino) para poderem refletir e na consulta de revisão de puerpério discutir o tema com o enfermeiro e médico dos cuidados de saúde primários. De acordo com a mesma fonte, também era abordada a questão do espaçamento das gravidezes, sendo que um intervalo inferior a dois anos apresenta um quadro clínico desfavorável quer para a mãe como criança.

3. OS EFEITOS DOS EXERCÍCIOS DO PAVIMENTO PÉLVICO NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NA PUÉRPERA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No âmbito do tema apresentado foi desenvolvida uma RIL relativa a uma área específica da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Com esta RIL sobre *“os exercícios do pavimento pélvico e a prevenção da incontinência urinária de esforço na puérpera”*, pretende-se integrar os resultados da pesquisa científica na prática e na atuação profissional do EEESMO, no que diz respeito à tomada de decisão e à melhoria dos cuidados, com o intuito de averiguar sobre a eficácia dos exercícios do pavimento pélvico na prevenção deste tipo de IU, bem como desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da investigação. Deste modo, irá permitir uma correta identificação de um problema bastante comum e que afeta a qualidade de vida das mulheres e também desocultar estratégias que possam ajudar os EEESMO a implementar medidas preventivas, no sentido de evitar que a IU comprometa a vivência feliz da gravidez e do puerpério.

A RIL incide mais precisamente sobre a IUE por ser a situação que tem maior incidência em mulheres no período pós-parto (Thom; Rortveit, 2010), rondando os 30% nos primeiros três meses.

Por outro lado, na vasta bibliografia sobre a IU, surgem invariavelmente os exercícios dos MPP como medida de atuação de primeira linha.

Portanto, foi realizada uma RIL no sentido de compreender se os exercícios do pavimento pélvico previnem a IUE na puérpera.

3.1. Introdução ao Problema

A IU é uma condição na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social ou de higiene, repercutindo-se na qualidade de vida em termos físicos, sociais, emocionais e sexuais (The Joanna Briggs Institute, 2011).

A OMS identificou a IU como um problema maior de saúde pública, que afeta mais de 200 milhões de pessoas em todo mundo. Dependendo dos fatores de risco, a IU pode ser dividida em

três tipos: de urgência, mista e de esforço (Costa; Santos; Ferreira, 2008; Price; Dawood; Simon, 2010).

A Incontinência Urinária de Urgência (IUU) é definida como a perda de urina associada a uma grande necessidade de urinar, com estimativas de prevalência que variam de 3% a 43% da população. Isto acontece quando o músculo vesical se contrai de forma inapropriada à medida que a bexiga enche. Essas contrações instáveis podem incluir um dano neural do sistema nervoso periférico ou do sistema nervoso central, em que a pressão vesical se encontra elevada, causando a incontinência (Hannestad [et al.], 2000, cit. por Huebner [et al.], 2010).

Reportámo-nos apenas à IUE, uma vez que constitui o nosso objeto de estudo. Esta consiste na perda involuntária demonstrável de urina, ocasionada pelo aumento da pressão intra-abdominal que excede a pressão uretral. É uma patologia multifatorial, geralmente associada à debilidade da musculatura do pavimento pélvico (Grosse; Sengler, 2002, cit. por Costa, Santos; Ferreira, 2008). Este é o tipo mais comum de IU, afetando 86% das mulheres incontinentes, 50% sofrendo de IUE apenas e 36% em combinação com IUU (Hannestad [et al.], 2000, cit. por Huebner [et al.], 2010).

A Incontinência Urinária Mista (IUM) representa uma combinação dos sintomas das incontinências de esforço e de urgência.

Em termos gerais, as estimativas da prevalência da IU em mulheres variam entre os 10% e os 40%, embora estes valores possam ser, na realidade, maiores devido à falta de casos reportados por motivos de constrangimento social (Price; Dawood; Simon, 2010).

Embora existam muitos fatores que podem influenciar o problema da IU, nomeadamente a idade, o género, a menopausa, a obesidade, a prática de desporto de alto impacto, etc., no caso da IUE, a sua ocorrência pode estar associada a problemas da enervação do pavimento pélvico, assim como a traumatismo direto do músculo elevador e da fáscia endo-pélvica (Reilly, 2002).

O pavimento pélvico consiste num conjunto de músculos, ligamentos e tecidos de sustentação localizado na parte mais caudal da pelve, fechando-a inferiormente. Tem as funções de sustentação das vísceras abdominais, anexos embrionários e do feto, durante a gestação. Os MPP mantêm a continência urinária e fecal e têm também um papel importante na esfera sexual. O desgaste ou sobrecarga sofrida por essa musculatura constituem fortes precursores das doenças que comprometem o mecanismo de continência urinária (Accorsi [et al.], 2006; Barbosa [et al.], 2007; Nagib [et al.], 2005, cit. por Costa; Santos; Ferreira, 2008).

De acordo com Bo (2004), casos de estudo controlados demonstraram uma diferença significativa na função, força e apoio estrutural dos MPP, medidos através da pressão vaginal, eletromiografias, ecografias e ressonâncias magnéticas nucleares, em mulheres continentas e

incontinentes. Também foi demonstrado que a posição do colo da bexiga era inferior em mulheres multíparas incontinentes do que em mulheres nulíparas continentas, existindo também esta diferença quando se compararam as mulheres que tinham tido partos vaginais com as mulheres nulíparas ou que tinham tido partos por cesariana. Tais estudos permitiram concluir que o parto vaginal pode alterar a posição do colo da bexiga, assim como a capacidade de os MPP elevarem a uretra, causando assim a IU.

A IU encontra-se presente em mulheres jovens e de meia-idade, sendo mais prevalente em mulheres que já tenham tido um parto vaginal e este acontecimento aumenta com a paridade (Sampselle, 2003, cit. por Lowdermilk; Lewis, 2008).

Entre os principais fatores que contribuem para a ocorrência de IU em mulheres, estão a gestação e o parto (Boyle [et al.], 2012), verificando-se que a prevalência da mesma aumenta durante a gravidez (entre 6% a 67%) e diminui depois do parto, embora nunca para valores inferiores ao período anterior à gestação (entre 3% a 38%). No caso concreto da IU na puérpera, existem estudos que revelam uma diminuição da capacidade dos MPP entre 22% a 35% entre a gravidez e o período pós-parto e que a mobilidade do colo da bexiga diminui, pelo que é de suma importância a prevenção da IU durante o ciclo da maternidade (Price; Dawood; Simon, 2010; Boyle [et al.], 2012).

Além dos fatores já mencionados, os autores anteriores apontam também a instrumentação do parto (fórceps ou ventosa) e a ocorrência de episiotomia e/ou laceração do períneo durante o parto como fatores predisponentes à IUE na puérpera.

Existem referências aos exercícios dos MPP em textos antigos (textos do taoísmo chinês, textos indianos, textos de Hipócrates e Galeu, na Grécia e Roma antigas), pois acreditava-se que promoviam a saúde, longevidade, desenvolvimento espiritual e saúde sexual. Estes surgiram pela primeira vez na medicina moderna em 1936, com um artigo da autoria de Margaret Morris, que os descrevia como um método de prevenção e tratamento da IU e fecal.

Estes exercícios enquanto prática regular foram popularizados pelo ginecologista americano Arnold Kegel, há mais de sessenta anos. Kegel descreveu originalmente a realização destes exercícios como tendo as funções de restaurar a função muscular no período pós-parto e de prevenir a IU futura. Defendia que deveriam ser praticados exercícios diários com intensidade crescente, utilizando o biofeedback, ou seja, a utilização de aparelhos que informam o/a paciente, através de sinais visuais ou sonoros, sobre o músculo ou grupo muscular que está a ser utilizado em cada exercício. No caso concreto da IU, é normalmente utilizada a electroestimulação, sendo possível, através da aprendizagem pela autocorreção, modificar e/ou intensificar uma determinada atividade muscular.

Atualmente, muitos dos princípios de Kegel ainda são utilizados na prática clínica, embora o termo “exercícios dos MPP” seja definido como qualquer programa de contrações musculares pélvicas voluntárias, prescrito por um profissional de saúde.

Existem estudos (Ashton-Miller; Delancey, 2003 cit. por Brostrom; Lose, 2008) que indicam que os fatores que estão na origem da IU podem ser, além de anatómicos, neurogênicos ou miogênicos, como por exemplo, modificações hormonais, função neural e metabolismo dos tecidos de ligação. Por outro lado, os mesmos autores referem ter revisto outros estudos que referem que o exercício dos MPP durante a gravidez pode prevenir ou diminuir a IU na puérpera, logo as mulheres devem ser encorajadas a praticar tais exercícios.

Assim, na prática clínica corrente, a prescrição destes exercícios é utilizada como uma intervenção conservadora de primeira linha e baixo risco, para prevenir e tratar a IU nas mulheres, durante e depois da gravidez (Brostrom; Lose, 2008). Estes têm também a vantagem de que, se os resultados obtidos não se revelarem satisfatórios, a utente pode ser reavaliada e encaminhada para outros meios de tratamento, como a intervenção cirúrgica (Price; Dawood; Simon, 2010).

Sendo a IU um problema mundial e tendo como fatores predisponentes a multiparidade e o parto vaginal, entre outros, urge a necessidade de aprofundar esta problemática de forma a sensibilizar os profissionais de saúde nesta área de atuação.

Por outro lado, o facto de a IU representar um alto custo para o sistema de saúde, justifica a necessidade de efetuar estudos e aprofundar conhecimentos para que sejam encontradas estratégias de índole preventiva com o objetivo de minimizar os sintomas desta doença e consequentemente melhorar a qualidade de vida das mulheres (Wilson, 2005).

Com base no exposto, justifica-se a realização de uma RIL sobre a *“relação entre os exercícios do pavimento pélvico e a prevenção da incontinência urinária de esforço na puérpera”*, visando integrar a pesquisa científica na prática e atuação profissional, no que diz respeito à tomada de decisões e melhoria da prática clínica. Assim irá ser realizada uma revisão da literatura para que seja possível averiguar a eficácia dos exercícios do pavimento pélvico na prevenção da IUE.

3.2. Metodologia

A PBE pode ser entendida como uma *“utilização conscienciosa, explícita e criteriosa de informações derivadas de teorias, investigação para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupos de pacientes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências”* (Galvão [et al.], 2004, pág. 550).

Deste modo, a PBE deverá garantir que os cuidados de saúde sejam fundamentados em evidências científicas válidas e relevantes, tendo por base a experiência clínica, as preferências do paciente e a melhor evidência disponível.

A RIL é um recurso metodológico que surge como um instrumento da PBE, que tem como objetivo reunir e sintetizar resultados da pesquisa acerca de um tema ou questão, delimitado de forma cuidada, sistemática e ordenada, contribuindo assim para o aprofundamento do conhecimento ou tema investigado. Possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a criação de novos conhecimentos pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Neste sentido, este trabalho consiste numa pesquisa bibliográfica através do método da RIL, que, como já foi referido, é uma metodologia específica de pesquisa em saúde, que sintetiza um assunto ou um referencial teórico para melhor compreensão de uma determinada questão.

A estratégia de busca de evidência científica deve ser ampla, diversificada, recente e de acordo com a pergunta de partida. Assim, a pesquisa foi realizada em revistas científicas, bases de dados ligadas à área da saúde, nomeadamente, CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Database of Systematic Reviews, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments, MedicLatina, SPORT Discus with Full Text, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC, Business Source Complete, NICE, através da plataforma EBSCO host.

Numa RIL é necessário que os estágios ou fases de desenvolvimento da pesquisa estejam claramente descritos (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Sousa; Silva; Carvalho, 2010). Segundo estes autores, uma RIL divide-se em seis fases ou etapas. A primeira constitui a identificação do tema e a seleção da questão de pesquisa, onde deve ser incluída a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem medidos. A segunda fase consiste no estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, amostragens e procura de literatura. Seguidamente, numa terceira fase, deverão ser definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados e realizada a categorização dos mesmos. A etapa seguinte pressupõe a avaliação dos estudos incluídos, onde poderá ser hierarquizada, em níveis de evidência, a importância dos estudos selecionados. A quinta etapa consiste na discussão e interpretação dos resultados e comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Nesta fase, deverão ser expostas as recomendações e sugestões para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde, com base nas lacunas no conhecimento entretanto detetadas. A sexta e última etapa está relacionada com a apresentação da revisão e síntese do conhecimento, apresentando um resumo das evidências disponíveis,

salientando as conclusões e explicitando os vieses. Basicamente, é necessária uma explicação clara dos procedimentos empregues em todas as etapas anteriores da RIL.

3.3. Questão Orientadora da Investigação

A escolha da IU na puérpera como tema do presente trabalho surge do contexto profissional, com o exercício de funções na área dos cuidados de saúde primários, com cuidados a mulheres grávidas, nomeadamente, em consultas de saúde materna. Considerando o exposto anteriormente, o presente trabalho tem como questão de investigação: **Os exercícios dos músculos do pavimento pélvico, quando realizados nos períodos pré e pós-natal, previnem a IUE na puérpera sujeita a um parto vaginal?**

Assim, os objetivos são os seguintes: Identificar os exercícios do pavimento pélvico mais eficazes na prevenção da IUE na puérpera; Conhecer os efeitos dos exercícios do pavimento pélvico na prevenção da IUE na puérpera; Refletir acerca da problemática da IUE na puérpera.

Como critérios de inclusão foram selecionados todos os documentos que permitissem responder aos objetivos definidos previamente e se referissem a revisões sistemáticas/integrativas (grau de evidência I) ou a estudos clínicos controlados e randomizados (grau de evidência II), tendo sido excluídos os artigos que não se encontrassem escritos em inglês, espanhol, francês e português, assim como, nos seus resumos ou títulos estivessem escritos os seguintes descritores da área da saúde: incontinência urinária (urinary incontinence), puérpera (puerperal), pavimento pélvico (pelvic floor), exercícios de Kegel (Kegel exercises), prevenção (prevention), enfermagem (nursing), períneo (perineum), gravidez (pregnancy), qualidade de vida (quality of life), pós-parto (postpartum).

3.4. Seleção da Amostra

Entre janeiro e julho de 2013 foi realizada uma busca nas bases de dados, entre janeiro de 2002 e dezembro de 2012 e revistas científicas, utilizando os descritores mencionadas anteriormente.

Numa primeira fase foram encontrados 115 artigos, sendo que 75 eram integrais e 40 eram resumos. Após a leitura dos títulos foram rejeitados 52 artigos. Dos restantes 63 artigos, 30 foram rejeitados após a leitura dos resumos e por não serem artigos randomizados ou revisões sistemáticas. Após a leitura dos artigos, tendo em conta os critérios de inclusão dos artigos para a investigação (referidos anteriormente), 23 foram rejeitados. Assim, dos restantes artigos, cinco, são estudos clínicos randomizados e cinco são revisões sistemáticas da literatura.

3.5. Dados Extraídos dos Estudos Seleccionados e Categorização

Na tabela seguinte (n.º 1) é exposta a apresentação e a análise dos artigos seleccionados, com a descrição do autor, o título, o ano, a base de dados, os objetivos, a metodologia, os resultados, a conclusão, assim como o nível de evidência (NE) (Levin; Singleton; Jacobs, 2007).

Segundo os autores supracitados, os NE são representados por diversos esquemas, nomeadamente, por uma pirâmide com uma estrutura hierárquica. No Nível I, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos relevantes randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados, como é o caso de cinco estudos incluídos. No Nível II, as evidências derivam de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado perfazendo um total de cinco estudos.

Nº	Periódico	Título	Autor(es)	Ano	País	Método	Conclusão
Nível de evidência I							
1	International Urogynecologica Association Journal	Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?	Bo, K.	2004	Noruega	Revisão	Discutir as teorias que justificam a causa de os exercícios do pavimento pélvico serem eficazes no tratamento da incontinência urinária de esforço das mulheres e discutir cada teoria no enquadramento dos novos conhecimentos sobre a anatomia funcional, assim como exemplos de resultados de estudos randomizados e controlados.
1	Acta Obstetricia et Gynecologica	Pelvic floor muscle training in the prevention and treatment of urinary incontinence in women: what is the evidence?	Brostrom, S. Lose, G.	2008	Dinamarca	Revisão	Avaliar as evidências descritas na literatura no que se refere à eficácia dos exercícios dos músculos do pavimento pélvico na prevenção da incontinência urinária nas mulheres, bem como aos seus efeitos secundários e ao seu lugar na prática clínica.
3	Maturitas	Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature	Price, N. Dawood, R.	2010	Reino Unido	Revisão	Resumir os dados recentemente publicados sobre a utilização dos exercícios do pavimento

		review	Jackson, SR.				pélvico no tratamento da incontinência urinária
4	Nursing ; Health Sciences	The effectiveness of a pelvic floor muscle exercise program on urinary incontinence following childbirth. <i>Best Practice: Evidence-based Information Sheets for Health Professionals.</i>	The Joanna Briggs Institute.	2011	Austrália	Revisão	Sintetizar as melhores evidências disponíveis sobre a eficácia dos exercícios dos músculos do pavimento pélvico na incontinência urinária de mulheres, após o parto.
5	Cochrane Database of Systematic Reviews	Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women	Boyle, R. Hay-Smith, EJC Cody, JD Mørkved, S.	2012	Vários	Revisão	Determinar o efeito do treino dos músculos do pavimento pélvico na incontinência urinária, comparado com os cuidados usuais pré e pós-natais.
Nº	Periódico	Título	Autor(es)	Ano	País	Método	Conclusão
Nível de evidência II							
6	BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology	Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor	Reilly, E.T.C. Freeman, R.M Waterfield, M.R. Waterfield, A. E. Steggles, P.	2002	Reino Unido	Estudo clínico controlado e randomiza	Avaliar se a realização de exercícios dos MPP no período pré-natal reduz a incidência da IUE na puérpera em mulheres grávidas pela primeira vez e que apresentem mobilidade do colo da bexiga, provado através de ecografia perianal.

		exercises	Pedlar, F.			do	
7	American Journal of Obstetrics and Gynaecology	Teaching and practicing of pelvic floor muscle exercises in primiparous women during pregnancy and the postpartum period	Fine, P. Burgio, K. Borello-France, D. Richter, H. Whitehead, W. Weber, A. Brown, M.	2007	EUA	Estudo clínico controlado e randomizado	Analisar a instrução e a realização dos exercícios dos MPP nos períodos pré e pós-parto.
8	Physiotherapy Research International	Pelvic Floor Muscle Training for Stress Urinary Incontinence: A Randomized, Controlled Trial Comparing Different Conservative Therapies	Huebner, M. Riegel, K. Hinzinghofen, H. Wallwiener, D. Tunn, R. Reisenauer, C.	2010	Alemanha	Estudo clínico controlado e randomizado	Comparar três diferentes estratégias da realização de exercícios dos MPP para o tratamento da IUE, utilizando a eletromiografia assistida por biofeedback com e sem electroestimulação em mulheres capazes de contrair voluntariamente o pavimento pélvico quando utilizado um dispositivo de treino doméstico com elétrodo vaginal.
9	Physiotherapy Research International	Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomised controlled trial	Bo, K. Haakstad, L. A. H	2011	Noruega	Estudo clínico controlado e randomizado	Avaliar a eficácia de um treino dos MPP instruído numa aula de fitness geral para mulheres grávidas.

						do	
10	Clinical Rehabilitation	Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training	Kim, E. Y. Kim, S. Y. Oh, D. W	2011	Coreia do sul	Estudo clínico controlado e randomiza do	Investigar o efeito dos exercícios dos MPP com e sem supervisão, utilizando imobilidade do tronco para o tratamento da IU pós-parto e comparar os resultados.

Tabela 1: Resumo dos Artigos

3.6. Avaliação dos Estudos/ Resultados

Da análise de toda a informação dos artigos incluídos nesta RIL, emergiram várias questões que devem ser clarificadas para que possa ser melhor compreendida a relação entre a realização dos exercícios dos MPP e a prevenção da IUE, de acordo com o diagrama seguinte.

Sobre os exercícios dos MPP propriamente ditos, é importante referir quais os grupos musculares usados nos exercícios e respetivas características, assim como os principais programas de treino descritos na literatura. É também necessário clarificar a forma como os diferentes mecanismos ou teorias de ação dos exercícios dos MPP influenciam a eficácia do respetivo treino, uma vez que a cada uma subjaz uma construção comportamental diferente com premissas e, conseqüentemente, abordagens, distintas. As evidências da literatura sugerem também que os resultados obtidos são influenciados pela supervisão da realização dos exercícios, pelo que se reveste de crucial importância na reflexão sobre esta problemática, a análise do modo como a forma, tipo, timing e duração da supervisão influencia a eficácia da realização dos exercícios na prevenção da IUE.

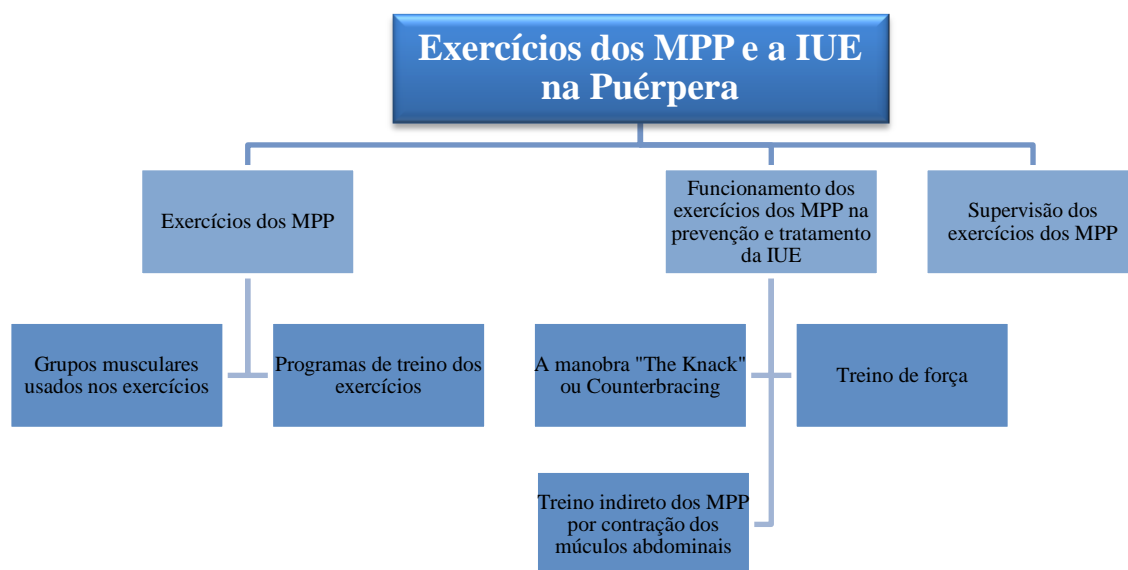


Figura 1: Diagrama dos Exercícios Pélvicos

3.6.1. Exercícios dos MPP

- **Grupos musculares usados nos exercícios**

O pavimento pélvico é um conjunto de doze músculos estriados dispostos em três camadas. Esta placa muscular expande-se da sínfise púbica às paredes laterais do íleo até ao cóccix. Quando o pavimento pélvico se contrai, isto acontece como um todo, movendo a cinta pélvica numa determinada direção. A função dos MPP é fornecer apoio estrutural às estruturas pélvicas,

uretra, vagina e reto. Assim, o Sistema de Classificação de tonicidade pélvica de Oxford (Price; Dawood; Jackson, 2010) é um método bastante utilizado para averiguar a tonicidade dos MPP (tabela n.º 2). De acordo com este sistema, a força muscular é graduada de zero a cinco, avaliando a presença e a intensidade de uma contração muscular voluntária.

CLASSIFICAÇÃO DE OXFORD	SINAIS
0	Sem contração
1	Oscilante
2	Fraca
3	Moderada, com alguma elevação
4	Boa contração, com elevação contra alguma resistência
5	Contração muscular normal, elevação e compressão fortes.

Tabela 2: Sistema de classificação de tonicidade pélvica de Oxford (Price; Dawood; Jackson [et al.], 2010)

- **Programas de treino do MPP**

O treino dos MPP envolve uma contração repetitiva destes músculos, desenvolvendo assim a força e o apoio perineal e melhorando a tonicidade muscular. Os princípios de um treino de força de qualquer músculo estriado devem ser seguidos quando se tenta tonificar e fortalecer o pavimento pélvico. O movimento consiste numa contração voluntária dos MPP, para dentro e para cima ou compressão do pavimento pélvico.

No artigo de revisão, Brostrom; Lose (2008) referem que, embora as descrições das intervenções aplicadas sejam adequadas, verifica-se uma grande diversidade de modalidades e programas de treino: desde uma única instrução oral a programas de doze semanas com exercícios bissemanais com a presença de um fisioterapeuta utilizando a técnica do biofeedback. Este facto torna difícil a comparação dos resultados obtidos, uma vez que existem demasiadas variáveis em causa, desde o método à técnica, passando pelo tipo de formação e supervisão ou ausência da mesma.

Também Price; Dawood; Jackson, (2010); Boyle [et al.] (2012) afirmam que os programas de treino dos MPP descritos na literatura revista são variáveis e heterogêneos em termos de número e duração das contrações, posição da realização dos exercícios e duração do treino. Isto acontece, entre outros fatores, porque são baseados em diferentes suposições sobre o modo como os MPP afetam a IU.

O número de contrações recomendadas varia entre oito a 12, três vezes por dia; 20, quatro vezes por dia; ou até 200 vezes por dia. A duração da contração também é variável, desde

quatro a 30 ou 40 segundos. As posições adotadas na realização dos exercícios podem ser: sentada, ajoelhada, deitada ou de pé. Relativamente à duração do treino, pode variar desde uma semana a seis meses, sendo três meses a mais frequentemente recomendada.

De acordo com a NICE cit. por Price; Dawood; Jackson (2010), é recomendado um programa de exercícios supervisionados dos MPP que consiste, no mínimo, em 8 contrações, três vezes por dia, durante três meses. Segundo a mesma fonte, recomenda que os exercícios sejam mantidos por um período compreendido entre oito a 12 semanas antes da reavaliação e possível encaminhamento para posterior tratamento, se a paciente não apresentar melhoria.

Também a duração do acompanhamento dos resultados obtidos foi variável nos diversos estudos revistos, assim como o método aplicado para a medição dos mesmos Boyle [et al.], (2012), elencam uma panóplia de tipos de medição dos resultados nos estudos revistos: auto-relatos, quantificação dos sintomas (número, frequência e severidade dos episódios de IU), medições clínicas (eletromiografias e medição da pressão de compressão vaginal), qualidade de vida (severidade da IU, impacto da IU na vida quotidiana, estado psicológico), medições socioeconômicas (custo da intervenção, análise custo/benefício), efeitos secundários e outros como a adesão ao tratamento, o tipo de parto e o prolapso dos órgãos pélvicos.

As definições de cura ou melhoria da IU nas pacientes testadas também variam muito, não se tendo verificado a existência de um teste normalizado (e.g. teste do penso) para avaliar os resultados alcançados pelos exercícios dos MPP (Brostrom; Lose, 2008).

Há evidências que sugerem que talvez não seja estritamente necessário manter um regime de exercícios dos MPP vitaliciamente, embora isso fosse o desejável. Um regime ótimo de treino dos MPP conseguiria modificar a morfologia e posição dos músculos para permitir uma contração subconsciente, mecanismo que se pensa ocorrer nas mulheres continentas. Adicionalmente, com o treino de força dos músculos esqueléticos, seria necessário menos esforço para manter a tonicidade muscular do que, inicialmente, para desenvolver massa muscular (Price; Dawood; Jackson, 2010).

3.6.2 Como é que os exercícios dos MPP funcionam na prevenção e tratamento da IUE

O objetivo do treino dos MPP é melhorar o *timing* das contrações, assim como a força e a firmeza destes músculos.

De acordo com Bo (2004); Price; Dawood; Jackson, (2010) e Boyle [et al.], (2012), existem essencialmente três mecanismos ou teorias de ação dos exercícios dos MPP. A primeira teoria sobre a explicação da eficácia do treino dos MPP na IU tem por base uma construção comportamental, enquanto a segunda e terceira estão relacionadas com a modificação da função neuromuscular e morfologia, tornando automática e voluntária a contração dos MPP.

Segue-se uma descrição mais pormenorizada de cada uma destas teorias de ação dos exercícios dos MPP.

- **A manobra “The Knack” ou “Counterbracing”**

A teoria por detrás deste programa de treino tem por base uma construção comportamental, pois defende que as mulheres aprendem a pré-contrair consciente e voluntariamente os MPP antes e durante aumentos na pressão abdominal que ocorrem, por exemplo, quando se tosse, se espirra ou se realiza alguma atividade física, com o objetivo de prevenir perdas de urina.

O termo “*the knack*” foi criado por Ashton-Miller no estudo original, pois esta simples palavra inglesa representa um modo hábil de fazer alguma coisa.

Neste âmbito é utilizada uma técnica chamada “counterbracing” ou “knack” em que as utentes são ensinadas por profissionais a contrair os MPP imediatamente antes e durante causadores de stress físico.

Esta técnica, que pode ser utilizada isoladamente ou combinada com treino de força, previne a descida da uretra e da base da bexiga, comprimindo a uretra e aumentando a pressão uretral, prevenindo perdas de urina e aumentando a continência. Esta base racional é apoiada por resultados obtidos através de ecografias e ressonâncias magnéticas nucleares.

Foram obtidos resultados bastante positivos que podem ajudar mulheres que sejam capazes de realizar uma contração eficaz dos MPP, o que só acontece, em média, em 49% dos casos. De facto, muitas mulheres parecem incapazes de descobrir este mecanismo de auto-ajuda e precisam de ser ensinadas a executá-lo (Bo, 2004; Price; Dawood; Jackson, 2010).

É plausível que parte do mecanismo através do qual os exercícios dos MPP se tornam eficazes no tratamento da IUE poderá assentar num aumento de consciência e habilidade associadas ao ato de realizar a contração dos MPP de forma sincronizada com o evento que causa as perdas de urina. Miller [et al.], (2000) referenciado por Price; Dawood; Jackson, (2010), obteve resultados de melhoria da IUE em 98,2% com eventos de tosse média e 73,3% com eventos de tosse intensa, com apenas uma semana de tratamento. No entanto, o volume da bexiga e a força realizada no ato de tossir não foram normalizados e os ensaios foram realizados sem ocultação.

Por outro lado, as medições foram realizadas apenas durante o ato de tossir e não durante atividades fisicamente mais complexas e exigentes. Este facto, sugere que a técnica poderá ser mais eficaz em mulheres sedentárias cujas perdas de urina tenham origem apenas em atividades físicas pouco exigentes. As mulheres que sejam fisicamente mais ativas ou que pratiquem desporto poderão estar sujeitas a maiores e mais frequentes aumentos da pressão abdominal. Apesar de isto acontecer com mulheres atletas, as que são jovens e nulíparas não sofrem de IUE, sugerindo que as perdas de urina poderão ser devidas a diferenças anatómicas hereditárias na

posição e área de secção transversal dos MPP, composição dos tecidos conjuntivos, e distribuição das fibras de contração lenta e rápida. Lesões posteriores durante a gravidez ou parto vaginal - como o estiramento ou rutura de fibras musculares, nervos periféricos, ligamentos e fâscias – podem adicionar-se aos fatores genéticos.

- **Treino de força**

A segunda teoria diz respeito ao treino de força dos MPP, defendendo que este desenvolve volume muscular e fornece, portanto, apoio estrutural.

O colo da bexiga é apoiado pelos MPP, que limitam o movimento descendente da uretra durante a realização de um esforço e, portanto, previnem perdas de urina.

A força muscular pode ser definida com base na força estática ou isométrica, que é a força máxima que pode ser exercida contra um objeto estático, na força dinâmica, que é o peso máximo que pode ser elevado ou baixado sem esforço e na força isocinética, que diz respeito ao esforço de torção desenvolvido. A força muscular está relacionada com a área de secção transversal dos músculos (volume muscular), fatores neurais, ângulo da articulação e braço de alavanca, relação entre comprimento e tensão, relação entre força e velocidade e com a componente metabólica (Pollock [et. al], 1998, cit. por Bo, 2004).

Os MPP são músculos esqueléticos e as recomendações para um treino apropriado destes músculos são semelhantes às de qualquer outro músculo esquelético (três séries de oito-12 contrações lentas e fortes, duas a quatro vezes por semana) (Pollock [et. al], 1998, cit. por Bo, 2004).

O objetivo de um treino de força dos músculos esqueléticos é modificar a morfologia muscular, aumentando o seu volume, melhorando a função neuromuscular pelo aumento do número de neurónios motores ativados e da sua frequência de excitação, melhorando também a tonicidade. Assim, um treino dos MPP poderá desenvolver o suporte estrutural da pelve, aumentando a hipertrofia e firmeza dos MPP e tecido conjuntivo, elevando permanentemente o músculo elevador para uma posição superior na pelve, sendo este apoio reforçado pela hipertrofia e firmeza da fâscia endo-pélvica. Deste modo, um treino de força dos MPP irá prevenir a descida do pavimento pélvico durante um aumento da pressão intra-abdominal e, consequentemente, as perdas de urina.

Bo (2004) refere que a maioria dos estudos revistos sobre treino de força dos MPP utilizou um protocolo que focava apenas o treino de força normal, ou seja, de dose não elevada, ao longo do tempo [o termo dose refere-se ao tipo de exercícios, frequência, intensidade e duração do período de treino]. Em muitos dos estudos revistos, os protocolos de treino foram definidos de modo insuficiente.

Alguns estudos revistos por Morkved [et al.], (2002); Bo (2004) diferenciaram os resultados em termos de cura ou melhoria, tendo sido, no entanto, demonstradas taxas de cura definidas como \leq a duas gramas de perda de urina no teste do penso.

Verificou-se também uma grande heterogeneidade de pacientes, métodos de medição dos resultados e protocolos de treino, assim como a falta de grupos de controlo.

Nenhum estudo avaliou os efeitos do treino de força na tonicidade dos MPP ou firmeza dos tecidos conjuntivos, posição dos músculos na cavidade pélvica, volume muscular ou função neurofisiológica, pelo que se revela impossível saber se essas mudanças efetivamente ocorreram após o treino.

Pelo exposto, a comparação de resultados entre os estudos revistos é difícil, tornando-se impossível retirar conclusões objetivas quanto à eficácia do treino de força dos MPP na prevenção e/ou tratamento da IU.

São necessárias mais pesquisas que forneçam provas conclusivas de que a hipertrofia muscular surge depois de um treino de força dos MPP.

Apesar disto, pela eficácia demonstrada pelo treino de força dos MPP nas perdas de urina durante atividades físicas prolongadas e exigentes como correr e saltar, e na improbabilidade de as pacientes testadas estarem continuamente a contrair os MPP de forma voluntária durante as mesmas, é possível deduzir que deverão ter ocorrido algumas mudanças a nível morfológico.

- **Treino indireto dos MPP por contração dos músculos abdominais**

De acordo com Bo (2004); Price; Dawood; Jackson, (2010) e Boyle [et al.], (2012) esta teoria assenta no pressuposto de que o treino dos músculos abdominais fortalece indiretamente os MPP. De facto, Price; Dawood; Jackson, (2010) afirma que existem provas substanciais da existência de uma relação entre o treino dos músculos transversos abdominal e oblíquos internos, reportando que vários músculos abdominais se co-contraiem quando há uma contração dos MPP e vice-versa. As co-contrações dos MPP por contração do músculo transverso abdominal estão demonstradas por ecografias, eletromiografias e ressonâncias magnéticas nucleares.

No entanto, esta teoria é apoiada apenas em resultados experimentais obtidos com grupos pequenos de mulheres continentais e a inexistência da co-contração e o timing inadequado podem ser os fatores cruciais na explicação da IU. De facto, a co-contração não acontece em todas as mulheres e, nos casos em que ocorre, não aparenta ser tão eficaz como uma contração direta dos MPP.

Em adição a isto, é sabido que só treinos de força específicos dos músculos-alvo conseguem aumentar o volume muscular, pelo que é necessário um treino intensivo de resistência para restaurar o tamanho dos músculos com atrofia.

É necessária mais pesquisa para compreender o efeito da incontinência na reabilitação da interação entre o músculo transversal abdominal e os MPP.

3.6.3 Supervisão dos exercícios dos MPP

As evidências relatadas por Price; Dawood; Jackson, (2010) sugerem que as mulheres obtêm melhores resultados com um programa de treino dos MPP se forem supervisionadas por fisioterapeutas ou enfermeiras especialistas. Isto poder-se-á dever ao facto de os especialistas poderem abranger outras áreas de atuação que podem ter impacto direto na realização eficaz dos exercícios, como a ocupação da paciente, o seu estado respiratório, dieta, estilo de vida e assuntos relacionados com a saúde geral.

Também existe a possibilidade de os resultados obtidos serem mais satisfatórios quando a paciente conseguir entender a melhor forma de se ajudar a si própria e o tempo de que necessita e consegue disponibilizar para tratar do seu problema com apoio profissional.

Kim; Kim; Oh (2011), através de um estudo controlado e randomizado que envolveu 18 mulheres com sintomas de IU pós-parto, concluíram que os exercícios dos MPP utilizando imobilidade do tronco sob supervisão de um fisioterapeuta podem ser benéficos para a gestão da IU na puérpera e revelaram resultados mais favoráveis do que a realização dos mesmos exercícios sem qualquer tipo de supervisão. Os autores afirmam que isto poderá dever-se ao facto de as instruções e o apoio do fisioterapeuta encorajarem as mulheres a praticarem os exercícios de forma mais correta, empenhada e persistente. No entanto, o estudo tem como principais limitações o facto de o tamanho da amostra ser pequeno e não existir acompanhamento dos efeitos da realização dos exercícios dos MPP a longo prazo, tendo sido apenas aferidos os resultados antes e após as oito semanas em que durou a intervenção.

The Joanna Briggs Institute (2011) realizaram uma revisão de 21 estudos, afirmando que alguns dos mais recentes mostraram que uma simples instrução verbal não é suficiente nem adequada para que muitas mulheres executem corretamente os exercícios dos MPP. Ao invés disso, o treino individualizado, auxílios de memória e diários de exercícios podem melhorar se a realização for correta e com a frequência adequada, tornando-os mais eficazes.

Tendo em conta tudo o que foi exposto, problematizando sobre a eficácia dos exercícios dos MPP no que depende do programa adotado, conclui-se que o resultado ótimo de um treino dos MPP é alcançar o nível de co-contracção automática e inconsciente presente nas mulheres continentais. Mantle (2001) cit. por Bo (2004) sugere que isto será conseguido se, primeiramente, esse comportamento for ensinado. Há, no entanto, diferenças entre as respostas reflexas em indivíduos treinados e destreinados.

Assim, poderia postular-se que, desenvolvendo a força muscular e mudando a sua morfologia através de um treino de força, poderia existir uma compressão e elevação da base estrutural que são os MPP, tornando possível uma co-contração automática.

Exercícios combinados (diretos e indiretos) poderiam trazer melhores resultados, embora não esteja ainda provada a sua eficácia. Uma vez atingido o resultado esperado, exercícios bissemanais seriam suficientes para mantê-lo (Bo, 2004).

Reilly [et al.], (2002) realizaram um estudo clínico randomizado para determinar se os exercícios dos MPP no período pré-natal poderiam prevenir a IUE no período pós-parto. Este estudo envolveu 230 mulheres grávidas do primeiro filho com aproximadamente 20 semanas de gestação, apresentando mobilidade de colo da bexiga medida por ecografia perianal e idades compreendidas entre os 16 e os 47 anos. Na intervenção descrita, as mulheres do grupo de estudo realizaram exercícios dos MPP com a intervenção mensal de um fisioterapeuta, desde as 20 semanas até ao parto. Estes exercícios compreendiam três repetições de oito contrações com a duração de seis segundos cada, com aproximadamente dois minutos de pausa entre as mesmas, realizados duas vezes por dia. Quando o tempo de gestação atingiu as 34 semanas, o número de contrações aumentou para 12. As mulheres do grupo de controlo apenas receberam aconselhamento verbal sobre a realização dos exercícios dos MPP no período pré-natal. Constatou-se que 19,2% das mulheres do grupo de estudo e 32,7% do grupo de controlo reportaram IU 3 meses depois do parto, não tendo havido diferenças nos dois grupos no que se refere à mobilidade do colo da bexiga e na força dos MPP, medida através de perineometria. No entanto, não existem dados sobre a eficácia dos exercícios a longo prazo.

Fine [et al.], (2007) realizaram uma análise de dados secundários de um estudo de prospeção (Parto e Sintomas Pélvicos) levado a cabo pela Rede de Distúrbios do Pavimento Pélvico, para averiguar sobre a instrução e realização dos exercícios dos MPP nos períodos pré e pós-parto. Para tal, foram entrevistadas 759 mulheres primíparas, seis meses depois do parto. Das mulheres incluídas no estudo, 64% realizaram exercícios dos MPP com instruções verbais (76%) e/ou escritas (55%) e algumas (10%) durante o exame pélvico. As mulheres entrevistadas incluíam as mais diversas etnias (caucasianas, 75%; asiáticas, 48%; afro-americanas, 36% e hispânicas, 39%) e 68% das mesmas realizaram os exercícios dos MPP no período pós-parto e 63% ainda os realizavam seis meses depois do parto. Relativamente aos exercícios propriamente ditos, foram avaliados diversos fatores, nomeadamente o momento da instrução (só antes do parto, só depois do parto ou ambos), o instrutor (só o médico, só a enfermeira de saúde materna, ambos ou outros como a auto-instrução através de vídeos, livros e revistas, as aulas de preparação para o parto ou amigos e familiares), o método de instrução (só instruções verbais, só instruções escritas, ambas, sessões de demonstração e outros). Com este estudo, concluiu-se que as razões principais para as mulheres não aderirem à realização dos exercícios dos MPP

prendem-se maioritariamente com o facto de lhes parecerem desnecessários, se terem esquecido, estarem demasiado ocupadas ou cansadas e pensarem que não eram importantes. Existe assim uma necessidade de melhoria nos âmbitos da instrução sobre a realização dos exercícios dos MPP na gravidez e na puérpera e de escolher preferencialmente as grávidas que apresentem ou estejam em risco de vir a apresentar sintomas de IU.

Brostrom; Lose (2008) realizaram uma revisão de nove estudos com 5026 participantes aleatórios, comparando resultados da realização de exercícios dos MPP periparto com tratamentos de rotina para prevenção da IU e de 31 estudos com 3348 pacientes aleatórios que realizaram apenas treino dos MPP (total de 40 estudos com 8374 participantes).

Afirmam que, no que respeita aos resultados obtidos, as evidências dos estudos revistos apontam para uma falta de eficácia clinicamente relevante dos exercícios peri e pós-parto dos MPP na função do trato urinário inferior.

É mencionada uma boa estimativa da resposta objetiva imediata a um programa de treino dos MPP, sendo referida uma diminuição média de 34,7% nos episódios de IU após programa de treino dos MPP, enquanto, com tratamento simulado a diminuição média foi de 28,9%, resultados que tornam o estudo clinicamente pouco relevante. Também é de salientar que a ambos os grupos testados foi administrado um placebo, o que pode ter confundido a eficácia dos exercícios propriamente ditos.

Também referem que uma diminuição média de 15,1 episódios semanais de IU para 4,5 no grupo em que foi utilizado isoladamente o treino dos MPP e de 14,8 para 7,5 no grupo em que, além do treino dos MPP, beneficiou de um programa escrito de auto-ajuda.

No entanto, no que se refere às taxas subjetivas de cura, não houve diferença, indicando que talvez a grande quantidade dos efeitos clinicamente relevantes advenham da modificação geral de comportamento e não do mecanismo inerente aos MPP, contrariando a hipótese proposta por Bo (2004).

Apesar disto, admite que o tipo e a intensidade do treino dos MPP praticado pode ter influenciado os resultados, uma vez que dois dos estudos que indicaram uma maior eficácia destes exercícios na IU empregaram programas mais intensivos, embora a eficácia demonstrada, além de clinicamente insignificante, se desvança num período temporal de seis anos de acompanhamento dos resultados. Reforçam esta ideia, afirmando que apenas metade das mulheres testadas conseguiam atingir um esforço de Kegel ideal depois de uma instrução verbal.

A IU na puérpera poderá ter como causa outros fatores (modificações hormonais, função neural e metabolismo dos tecidos conjuntivos) e os efeitos do treino dos MPP na força dos músculos e ativação reflexa talvez desempenhem um papel apreciável apenas mais tarde na vida, numa IU estabelecida.

De acordo com Brostrom; Lose (2008) as evidências existentes sobre a eficácia do treino dos MPP na cura da IU e na qualidade de vida são escassas, mas os que existem não se revelam convincentemente a favor dos mesmos.

Apesar disto, o estudo clínico controlado e randomizado posterior realizado por Huebner [et al.], (2010), como principal objetivo a comparação de três estratégias diferentes da realização de exercícios dos MPP no tratamento da IUE apresentou uma conclusão diferente. Este estudo apresentou três ramificações com 36 mulheres em cada grupo, das quais desistiram 20 (18,5%): realização de exercícios dos MPP assistidos por eletromiografia com biofeedback e eletroestimulação convencional; realização dos exercícios dos MPP assistidos por eletromiografia com biofeedback e eletroestimulação dinâmica e realização dos exercícios dos MPP assistidos por eletromiografia com biofeedback. Em todos os grupos os exercícios foram realizados duas vezes por dia durante 15 minutos, numa posição de supino, com as coxas e os glúteos fletidos. Todas as participantes foram monitorizadas uma vez por mês, quer para motivação, quer para ajustes no tratamento. As medições dos resultados foram realizadas através de um questionário da qualidade de vida (Questionário King's Health) e do grau de sofrimento (avaliado numa escala visual análoga de um a 10).

Também foram usadas, como medições secundárias, o número de pensos utilizados, o teste do peso do penso e a contractilidade dos MPP medida através de palpação digital e eletromiografia intra-vaginal. Como principais resultados, este estudo apresenta um aumento significativo da qualidade de vida ao longo das 12 semanas de treino, uma redução no número de pensos utilizado e do peso dos mesmos e uma melhoria significativa da contractilidade dos MPP. Não foram encontradas diferenças significativas entre as três opções terapêuticas testadas, sendo que a eletroestimulação adicional mostrou não apresentar quaisquer benefícios para pacientes com IUE, capazes da contração voluntária dos MPP. A percentagem de desistência da continuidade do tratamento foi considerada elevada.

Por seu lado, Price; Dawood; Jackson, (2010) referem que o treino diário dos MPP constitui um tratamento eficaz para a IUE e IUM, quando comparado com a ausência de tratamento.

Quando o programa de treino dos MPP é inicialmente bem-sucedido, existe uma probabilidade de 66% de que os resultados favoráveis persistam por, pelo menos, dez anos. A eficácia do tratamento revela-se maior nos casos em que as mulheres participam em programas de treino supervisionados durante um mínimo de três meses, sendo que a idade não revelou ter qualquer influência na eficácia do tratamento. Tendo como base 15 estudos com 6181 mulheres (3040 com exercícios MPP e 3181 como grupo de controlo), existem fortes evidências que sugerem que as mulheres que realizam exercícios dos MPP de forma intensiva e supervisionada durante a gravidez, reduzem a probabilidade de vir a sofrer de perdas de urina no primeiro ano do período pós-parto.

Para as mulheres primíparas, os exercícios dos MPP realizados durante a gravidez parecem reduzir em 56% a prevalência da IU em estados avançados de gravidez (34 semanas ou mais) e em 30% no período inicial da puérpera (menos de 12 semanas).

A maior eficácia ocorreu nos ensaios em que foram realizados exercícios dos MPP de forma intensiva e supervisionada, em que se recorreu adicionalmente à estimulação elétrica com uma periodicidade semanal.

Baseado nos resultados obtidos até à data, afirmam que a abordagem mais benéfica para a realização dos exercícios dos MPP na puérpera passa por proporcionar um programa individual de ensino do treino de força dos MPP a mulheres que potencialmente apresentem risco acrescido de IU pós-parto, nomeadamente mulheres que apresentem hipermobilidade do colo da bexiga, tenham um parto vaginal de um bebé macrossómico e/ou em que tenha lugar a utilização de fórceps. Apesar disto, também será indicado um programa de exercícios dos MPP de dose suficiente à população feminina em geral para prevenir a IU na puérpera.

Bo; Haakstad (2011) realizaram um estudo controlado e randomizado que tinha como objetivo averiguar a eficácia da realização dos exercícios dos MPP na prevenção da IU, quando incluídos numa aula geral de fitness. Este estudo incluiu 105 mulheres primíparas sedentárias, sendo que 52 foram aleatoriamente selecionadas para 12 semanas de treino que compreendiam aulas bissemanais com a duração de uma hora e que incluíam três conjuntos de oito a 12 contrações dos MPP com a duração de seis a oito segundos cada, nas posições sentada, ajoelhada e de pé. As restantes fizeram parte do grupo de controlo. Estes autores não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos no que respeita ao número de mulheres que reportaram sintomas de IU durante o período da gravidez ou até seis semanas após o parto. Assim, não foi revelada a eficácia dos exercícios dos MPP quando ensinados numa aula de fitness geral para mulheres grávidas, sem que houvesse instrução individual para a realização de uma correta contração. Neste estudo, admite-se que o pequeno tamanho da amostra, a baixa adesão, a falta de motivação e o facto de os exercícios serem bissemanais em vez de trissemanais poderão ter contribuído para os resultados obtidos. Assim, consideram que teria interesse a comparação dos resultados obtidos em dois grupos de treino com e sem instruções prévias sobre a forma de realizar uma contração correta dos MPP.

O estudo de The Joanna Briggs Institute (2011), cujo objetivo era precisamente a análise da eficácia dos exercícios dos MPP para identificar quais os programas de treino mais adequados na prevenção e tratamento da IU na puérpera, realizou a revisão de 21 estudos que incluíam mulheres selecionadas independentemente da idade, paridade, tipo de parto e prevalência (ou não) da IU.

Os resultados foram avaliados tendo como base a realização de entrevistas ou questionários de acompanhamento para avaliar as mudanças na frequência e severidade da IU.

Os programas de exercícios dos MPP tiveram início nas 20 semanas de gestação e o acompanhamento dos resultados ocorreu a intervalos variáveis, até um máximo de um ano depois do parto.

Em primeiro lugar, e no que diz respeito à adesão das participantes à terapia, foram identificados os fatores que a maximizam, nomeadamente: instruções individuais obtidas junto de um profissional de saúde; sessões de instrução ocorridas a intervalos regulares; feedback relativo à eficácia das contrações dos MPP; fornecimento de materiais de apoio (panfletos de informação, instruções gravadas em áudio e diários de exercícios).

No que respeita à eficácia dos exercícios dos MPP na prevenção da IU, foi avaliada a continência em estados avançados da gravidez, no período do pós-parto imediato e entre os 3/6 meses do mesmo. Em todos os momentos as mulheres pertencentes ao grupo de intervenção auto-reportaram uma taxa de IU inferior às do grupo de controlo.

Quanto à eficácia dos exercícios dos MPP no tratamento da IU, verificou-se que as mulheres que realizaram um programa de treino dos MPP tinham menos 20% de probabilidade de sofrer de IU num período igual ou inferior a 12 meses pós-parto, quando comparadas com as participantes no grupo de controlo. No entanto, um grande número de mulheres falhou no período de acompanhamento dos resultados, pelo que estes resultados devem ser analisados com cautela.

Assim, conclui-se que a realização de um programa de treino do MPP no período pré-natal se revela eficaz na prevenção da IU na puérpera e também no seu tratamento. Apesar de não serem reportados casos de cura, existe uma melhoria, embora com significado clínico pouco relevante dadas as percentagens obtidas e as variáveis em causa. Considera-se importante que as mulheres sejam encorajadas a participar num programa de exercícios dos MPP na gravidez e puérpera, pois este contacto com os profissionais de saúde é útil pelas mais variadas razões, além de que constitui a garantia que as mulheres executam os exercícios dos MPP de forma correta e regular.

Por outro lado, as recomendações no que diz respeito ao número de exercícios e frequência de realização precisam ainda de ser determinadas e clarificadas por pesquisas futuras.

Também no que diz respeito às pacientes, deve ser tido em conta que o período pós-parto é muito exigente a vários níveis, pelo que os programas de treino dos MPP na puérpera devem ser realistas em termos de incorporação na vida diária das mulheres. No entanto, não devem ser negligenciados pelo profissional de saúde a correta instrução, apoio e encorajamento para o cumprimento do treino.

Num artigo mais recente sobre a eficácia dos exercícios dos MPP na prevenção e tratamento da IU nos períodos pré e pós-natal, Boyle [et al.], (2012) realiza a revisão de 22 estudos envolvendo 8485 mulheres, sendo que 4231 constituíam o grupo que realizou os exercícios e

4254 constituíam o grupo de controlo. Os dados analisados incluíam três populações distintas: mulheres continentas (em que foi medida a eficácia dos exercícios na prevenção da IU), mulheres incontinentes (em que foi medida a eficácia dos exercícios no tratamento da IU) e mista (mulheres continentas e incontinentes). Foi constatado que as mulheres grávidas sem IU previa que realizaram os exercícios dos MPP apresentaram 30% menos de risco de IU até seis meses depois do parto, quando comparadas com as que usufruíram apenas dos cuidados pré-natais usuais. No entanto, não encontraram provas suficientes de que a realização dos exercícios fosse eficaz na prevenção da IU a longo prazo.

Mulheres no puerpério com IU persistente três meses depois do parto e que realizaram os exercícios dos MPP apresentaram 40% menos de probabilidade de sofrer de IU até 12 meses depois do parto do que aquelas que não realizaram os exercícios e usufruíram apenas dos cuidados pós-natais usuais. Uma importante constatação neste âmbito foi a de que estes resultados se mostraram independentes do facto de os exercícios começarem a ser realizados no período pré ou pós-natal. Há evidências de que quanto maior a intensidade do treino, maior a sua eficácia.

Na população mista, os resultados de sete dos 22 estudos revelaram resultados estatisticamente significativos a favor da realização dos exercícios dos MPP no período tardio da gravidez, embora a extensão da eficácia dos exercícios nas abordagens mistas (prevenção e tratamento da IU) seja pouco clara.

No que concerne aos efeitos a longo prazo da realização de exercícios dos MPP na prevenção e tratamento da IU na gravidez e puérpera, os autores consideram não existirem provas suficientes. Isto poderá dever-se, por um lado, ao facto de as mulheres intervenientes no estudo terem parado de realizar os exercícios ou, por outro, ao facto de terem existido gravidezes subsequentes e não reportadas, afetando assim a medição dos resultados a longo prazo.

Além de relatos ocasionais de dor e/ou desconforto, não existem quaisquer outros efeitos adversos relatados em qualquer estudo revisto ou artigo de revisão analisado.

3.7. Discussão

Em termos da qualidade dos estudos existentes sobre esta temática, tendo como base os artigos de revisão e estudos clínicos analisados, é possível reter a ideia comum de que os métodos de randomização foram descritos de forma insuficiente, quer pelo facto de haver poucos ensaios clínicos em ocultação [i.e., em que a informação sobre a experiência que possa conduzir a viés nos resultados, intencional ou inconsciente, é ocultada do paciente até ao resultado final], quer pelo facto de a maioria dos estudos não referir se foram realizados em

ocultação ou com intenção de tratamento. Embora se admita que os ensaios em ocultação possam ser, neste caso, difíceis de conseguir, deveria pelo menos ter sido estudada a hipótese de existência de um referencial biológico para os exercícios dos MPP, de forma a despistar qualquer treino intencional dos mesmos. Os estudos que reportaram os maiores efeitos a nível de tratamento da IU são precisamente aqueles em que não foram realizados ensaios em ocultação e, portanto, aqueles que apresentam maior risco de viés.

Por outro lado, parece existir muita heterogeneidade clínica e grande variação de características base (e.g. paridade, tipo de parto, tipo e duração da IU, presença ou ausência de sintomas de IU).

Uma outra crítica apontada aos estudos existentes é a de que, nos casos em que foi utilizado um grupo de controlo que usufruía dos cuidados pré e pós-natais usuais em oposição ao grupo que realizava os exercícios dos MPP, não foi referido em que consistiam os cuidados usuais.

Outro dos fatores que permanece heterogéneo está relacionado com a instrução e supervisão da realização dos exercícios dos MPP. Tanto se verifica a presença como a ausência de instruções sobre a correta realização dos exercícios, variando o tipo de instrução e supervisão, assim como o tipo e duração do treino.

A motivação e a observância/adesão também constituem importantes considerações na prescrição e realização de um protocolo de exercícios para a IU feminina, sendo que a prevenção e/ou o tratamento da mesma poderão falhar devido ao facto de as pacientes acharem difícil a realização e integração dos exercícios na sua rotina diária e também pelo facto de sentirem que existem falta de instruções e conhecimento detalhado do protocolo de exercícios.

Para garantir que os exercícios são realizados da forma correta, deverão ser incluídas, além de instruções escritas, pelo menos duas sessões individuais supervisionadas de exercícios na gravidez e pós-parto. No caso do programa de exercícios pós-parto, seria desejável que fosse instruído antes de a puérpera deixar o hospital (nas primeiras 48 horas após o parto), devendo idealmente ser incluídas ainda pelo menos mais duas sessões depois disso. Além disto, deverá ser estipulado um programa de exercícios que possa ser facilmente incorporado na rotina diária da grávida e/ou nova mãe (Boyle [et al], 2012).

Apesar de existirem poucas análises custo/benefício e as que existem serem de qualidade metodológica muito heterogénea (à uma grande variação nas populações estudadas, tipo de intervenção e medição de resultados), o que torna as comparações difíceis, o treino dos MPP é considerado um processo rentável, que utiliza menos recursos que um procedimento cirúrgico e tem poucos efeitos secundários, quando comparado com tratamentos farmacológicos. De facto, relativamente a este último assunto, é unânime a constatação de que não existem efeitos adversos duradouros e/ou debilitantes associados à realização de exercícios dos MPP.

Outra questão que ainda não se encontra devidamente aprofundada é o acompanhamento dos resultados a longo prazo, pois a hipótese de que a adesão continuada ao treino esteja associada à manutenção e/ou aumento dos efeitos do tratamento precisa de ser testada.

Na verdade, nos artigos revistos em que foi feito o acompanhamento dos resultados a longo prazo (e o conceito de longo prazo também permanece dúbio, pois varia desde seis meses a cinco anos), as evidências apontam para uma pequena eficácia da realização dos exercícios dos MPP na prevenção da IU.

Salvaguardando os aspetos destacados anteriormente, em termos gerais, há evidências que sustentam a recomendação da utilização abrangente dos exercícios dos MPP como um programa conservador e de primeira-linha para as mulheres que sofram de IU, sendo que deve ser proporcionado a mulheres com IUE e IUM, um programa supervisionado com a duração mínima de três meses que deverá compreender, pelo menos, oito contrações, três vezes por dia e, caso os resultados sejam satisfatórios, deverá ser mantido.

No caso específico da IUE na puérpera, há evidências que sustentam uma recomendação generalizada do treino dos MPP, ressalvando-se que os efeitos podem ser maiores se as abordagens tiverem populações-alvo, tais como mulheres primíparas ou que apresentem hipermobilidade do colo da bexiga no período inicial da gravidez ou múltíparas que tenham já tido partos vaginais de bebés grandes e/ou com fórceps.

Existindo referências de que a episiotomia e as lacerações perineais sofridas durante o parto também podem estar na base do desenvolvimento da IUE na puérpera, é importante desenvolver atividades que possibilitem a menor incidência daquele procedimento e tornem o períneo menos suscetível a lacerações (Rodriguez; Peláez; Barakat, 2012). Assim, os mesmos autores afirmam que a realização de exercícios dos MPP durante o período pré-natal poderá diminuir a incidência de episiotomias e das lacerações do períneo, uma vez que um músculo treinado é menos propenso a lesões e mais facilmente regenerado após o parto.

Em termos de prevenção, os exercícios dos MPP sugerem a taxa de prevalência da IU até 6 meses pós-parto em mulheres grávidas do primeiro filho. A eficácia revela-se maior, quanto maior for a intensidade dos exercícios e a supervisão dos mesmos. A partir dos 6 meses, não é claro se o efeito prevalece, faltando informação sobre a adesão ao treino. Por outro lado, estes resultados só se aplicam a mulheres grávidas do primeiro filho, pois outras não foram estudadas.

Em termos de tratamento da IU, a realização dos exercícios dos MPP revelou-se eficaz até um ano pós-parto, sendo que o efeito não parece persistir a longo prazo. Isto poderá ser devido à não adesão ao treino ou ao facto de as mulheres terem tido, entretanto, mais filhos.

Quanto à abordagem mista (prevenção e tratamento), os exercícios dos MPP revelaram-se eficazes na redução da prevalência da IU na gravidez tardia, no entanto, este efeito não parece persistir depois do parto.

Assim, são necessários estudos que sejam pragmáticos, bem conduzidos e explicitamente descritos que avaliem separadamente a eficácia da realização dos exercícios dos MPP na prevenção e tratamento da IU de mulheres em período pré e pós-natal, independentemente da paridade, investigando os efeitos a longo prazo (cinco ou mais anos).

3.8. Conclusão

Com base nas evidências atualmente disponíveis, e tendo em conta os objetivos traçados para RIL realizada, concluiu-se que os programas de treino dos MPP descritos na literatura revista são variáveis e heterogêneos em termos de número e duração das contrações, posição de realização dos exercícios e duração do treino. Isto acontece principalmente porque os diferentes artigos e estudos analisados são baseados em diferentes suposições sobre o modo como os MPP afetam a IU, estando aquele ainda por esclarecer.

No entanto, através da literatura revista, concluiu-se que a eficácia dos exercícios dos MPP na prevenção da IU é maximizada se o programa de treino for intensivo, mas simultaneamente realista em termos de incorporação na rotina e vida diária das grávidas ou novas mães; se existir supervisão do treino por parte de fisioterapeutas e/ou enfermeiros especialistas, no sentido de reforçar a instrução dos exercícios, salientar a importância da sua realização e corrigir eventuais erros que possam estar a ser cometidos; se houver motivação (para garantir que o programa é continuado durante o período temporal necessário) que poderá ser encorajada por auxílios de memória/diários de exercícios/panfletos informativos/monitorização regular com feedback relativo à eficácia das contrações dos MPP; se forem escolhidas grávidas que estejam em risco de vir a apresentar sintomas de IU.

Não obstante, existem de facto evidências de que as mulheres que realizem exercícios dos MPP de forma intensiva e supervisionada durante a gravidez reduzem a probabilidade de sofrer de IUE num período pós-parto compreendido entre três meses a um ano, sendo inexistente o acompanhamento das pacientes testadas por períodos temporais mais prolongados.

Assim, a abordagem mais benéfica para a realização de exercícios dos MPP para prevenção da IUE passará por proporcionar um programa individual de ensino do treino de força dos MPP a grávidas de risco (e.g. primíparas que apresentem hipermobilidade do colo da bexiga ou múltíparas que tenham história de partos vaginais de bebés grandes e/ou utilização de fórceps e/ou episiotomias anteriores). Como se trata de um tratamento rentável que utiliza menos recursos e tem menos efeitos secundários do que tratamentos farmacológicos e/ou cirúrgicos, poderá também ser indicado um programa de exercícios de dose suficiente à população feminina em geral para prevenir a IU na puérpera. Por outro lado, as recomendações, no que diz respeito ao número e frequência da realização destes exercícios, precisam de ser determinadas e

clarificadas por pesquisas futuras. Estas também deverão ter em conta a separação das abordagens do tratamento e prevenção da IU, o acompanhamento dos resultados a longo prazo e a averiguação da eficácia de diferentes programas de treino, com o objetivo de estabelecer o método ótimo de tratamento.

Desta forma, as orientações/informações/ensinos absolutos e categóricos a fornecer, na prática clínica, acerca da prevenção da IUE na puérpera através da realização de exercícios dos MPP, deverão aguardar por mais provas que demonstrem indubitavelmente uma eficácia clínica relevante e significativa.

4. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado.

Hoje, a Enfermagem afirma-se como disciplina do conhecimento autónomo, com um campo de intervenção próprio, que toma por objeto de estudo *“não a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida”* (D’Espinney, 2004:7). Espera-se dos enfermeiros um contributo no sentido do *“aumento de repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com os desafios que requerem adaptação ao outro e auto controlo”* (*ibidem*).

Na perspetiva de Meleis (1991), os enfermeiros lidam com pessoas que experienciam situações de transição ao longo da vida que requerem a incorporação de conhecimentos para mudar o auto-conceito no contexto social. Transições essas, que no âmbito da saúde materna, englobam todo o processo de transição para a parentalidade e maternidade. Neste sentido, os enfermeiros especialistas devem maximizar as forças e potencialidades ou contribuir para a restauração da saúde dos utentes para níveis ótimos de função, conforto e auto-realização. Assim como a interação deve ser vista como processo pelo qual os EEESMO avaliam, dialogam e promovem interações preventivas/terapêuticas/informativas para as necessidades patentes na mulher/casal.

Refletir a prática faz parte integrante do profissionalismo dos enfermeiros, tendo por base a adesão a um código de conduta e ao exercício de uma profissão com ênfase na prestação de um serviço de qualidade. Neste capítulo iremos fazer uma reflexão sobre as atividades que foram desenvolvidas durante o ensino clínico.

Como já foi mencionado ao longo do desenrolar deste relatório, o estágio profissionalizante pretende assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem especializado na área da saúde materna, em conjunto com a demonstração do conhecimento na área da Investigação em

Enfermagem, com a realização de uma RIL numa temática de bastante interesse para a prática clínica, atuando na prevenção e na prestação de cuidados específicos.

Para isso, a Enfermagem é vista como uma disciplina que desenvolve diversas formas de conhecimento para contribuir para a saúde das populações. No contato com utentes, pacientes, grupos e comunidades, os conhecimentos de Enfermagem são aplicados pelo uso do processo de enfermagem e do raciocínio clínico.

Para além disso, o conhecimento encontra-se em pleno estado de desenvolvimento na sociedade moderna, e isso implica a possibilidade de encontrarmos na prática, atitudes desvinculadas dos últimos achados científicos. Na área da saúde, torna-se impossível o acompanhamento atualizado dos resultados de pesquisas quando o profissional não se dedica a um âmbito específico, a uma determinada especialidade. Mesmo assim, é fundamental que o profissional de saúde determine períodos para se atualizar, procedendo à seleção, leitura e análise dos estudos publicados na área de escolha. Nesse contexto, de urgente adoção de medidas que minimizem o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial, surgiu, inicialmente, no campo da Medicina, e, posteriormente, na Enfermagem, a PBE.

Assim, para combater esta falta de procura de informação mais recente, durante todo o percurso de aprendizagem e aquisição de conhecimentos e competências, aptidões tivemos sempre em conta a execução de cuidados e intervenções baseados na evidência científica, com a busca constante de artigos, estudos fidedignos e com o máximo nível de evidência.

Para a aquisição de conhecimentos e competências, pensamos que seja importante fazer uma referência sobre a palavra competência e autonomia. O conceito de competência, já abordado anteriormente, podemos apenas ressaltar que ser competente é agir com autonomia, ou seja, ser capaz de auto-regular as suas ações, saber contar com os seus recursos e estar preparado para reintegrar as suas competências noutros contextos, sendo esperado do EEESMO que saiba agir, ter iniciativa, decidir, negociar, mediar, fazer escolhas, correr riscos, reagir, inovar e assumir responsabilidades. E segundo estas ideias, ser competente é diferente de ter competências (Souza [et al.], 2008).

De acordo com o estudo de Rabelo (2006), foram apontados como constituintes da competência da enfermeira obstétrica: a *competência técnica*, construída a partir do conhecimento académico e da prática profissional; a *competência humanizadora*, ligada ao reconhecimento da humanidade da parturiente, muitas vezes percebida como em oposição à desumanização resultante do parto institucionalizado; *intuição*, competência ligada ao conhecimento intuitivo; competência na relação com os colegas e também na relação com a grávida/parturiente/puérpera e seus familiares.

Para além disso, a autonomia parece assumir especial relevância se for entendida na área de competências do EEESMO. Saber interpretar o limite dessa autonomia, é fundamental, isto é,

onde acaba a responsabilidade do enfermeiro na tomada de decisão e onde começa a responsabilidade de intervenção de outro profissional. O conhecimento prático quando associado ao conhecimento teórico reforça ou ajuda a garantir a autonomia, porque proporciona mais segurança e torna-se fundamental para a adoção de determinadas atitudes e comportamentos, bem como, a necessidade de manter os conhecimentos atualizados, através de pesquisas, leituras e investigação.

O conhecimento é uma estratégia e um veículo para garantir a autonomia, permitindo a obtenção de maior confiança para uma ação autónoma e o reconhecimento de capacidades técnico-científicas, importantes na definição profissional perante os outros profissionais. Esta perspectiva foi por nós assumida, com o reconhecimento imediato dos limites das nossas competências, com prestação de cuidados baseados nos conhecimentos pré adquiridos na componente teórica e na experiência e ensinamentos por parte dos EEESMO da instituição hospitalar.

O processo de cuidar, muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências. O cuidar é fundamental como fator de crescimento humano, a pessoa que cuida tem acesso e interpreta os significados e preocupações do outro sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que quem cuida se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado, assumindo, a comunicação, um papel importante na interação (Coutinho, 2004).

Indo ao encontro do preconizado pelas orientações da Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, o gráfico n.º 1 reporta-se ao número de mulheres grávidas vigiadas, quer de risco ou não. O gráfico n.º 2, evidencia o número de puérperas e RN a quem foram prestados cuidados, durante os ensinamentos clínicos. No gráfico n.º 3 está descrito o número de parturientes e recém-nascidos cuidados, quer de risco ou não, durante o estágio na sala de partos.

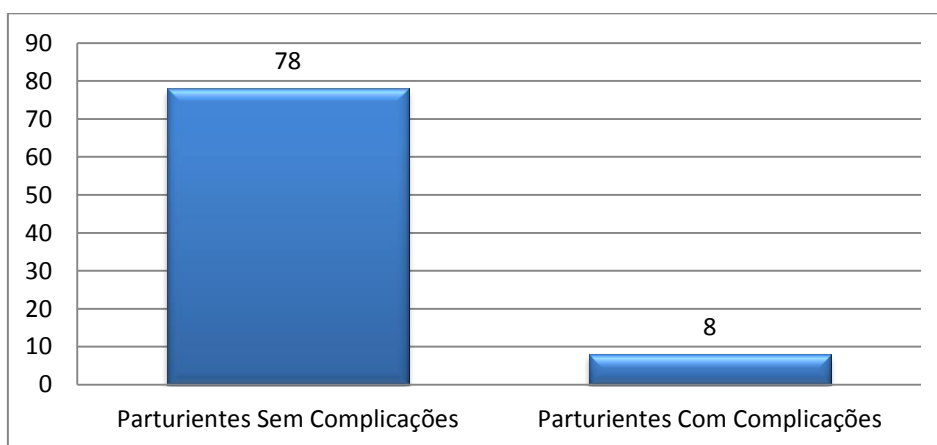


Gráfico 1: Número de Grávidas cuidadas

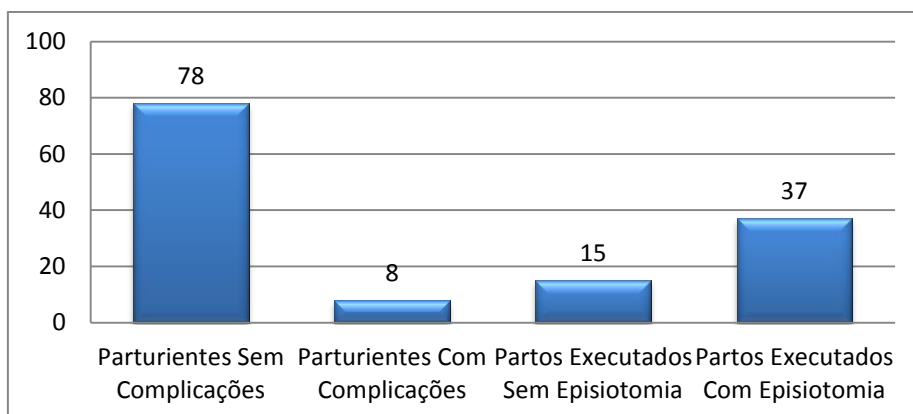


Gráfico 2: Número de Puérperas e Recém-Nascidos cuidados

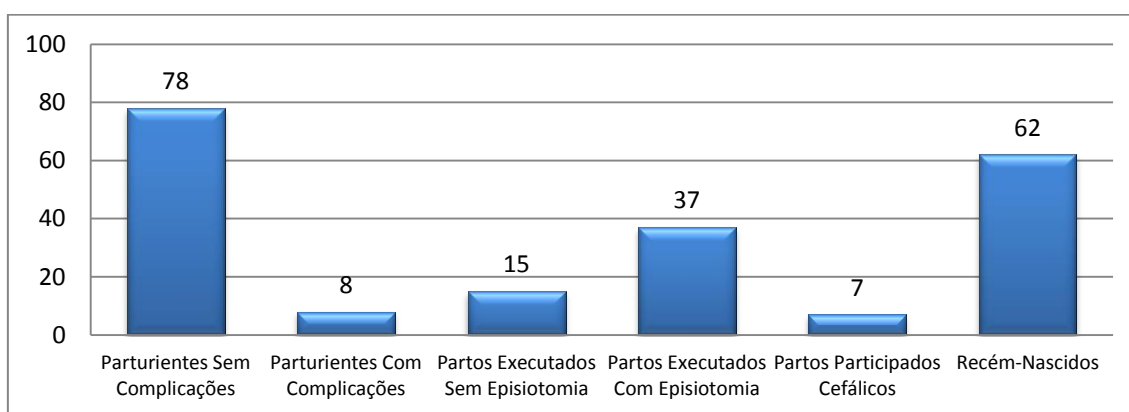


Gráfico 3: Número de Parturientes e Recém-Nascidos cuidados e Partos realizados e participados

O exercício profissional do EEESMO é dirigido aos projetos de saúde da Mulher a vivenciar processos de saúde/ doença no âmbito da saúde materna e obstétrica, da sexualidade e da reprodução, incluindo o produto de concepção durante o período de gestação e neonatal, em todos os contextos de vida, assegurando os cuidados nas áreas de atividade para que está habilitado e autorizado, assumindo a responsabilidade pelo exercício nas seguintes áreas de atividade: prestação e gestão dos cuidados de enfermagem à mulher, nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido até ao 28º dia; concepção, implementação e avaliação de dispositivos de saúde no âmbito da educação sexual, planeamento familiar, ginecologia, climatério e saúde Pública; concepção, implementação e avaliação de dispositivos no domínio da gestão, da investigação, da docência, da formação e da assessoria, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde reprodutiva.

Quanto às competências do EEESMO, segundo o regulamento da OE (2010), das sete áreas de atividade de intervenção, foram desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos – gravidez, parto e puerpério. Relativamente às restantes áreas de intervenção: planeamento familiar e pré concecional, climatério, ginecologia e comunidade, não foram desenvolvidas, diretamente nestes estágios, mas durante os estágios realizados no 1º Ano do MESMO, nas consultas externas e na USF.

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade (Martins, 2008). A investigação em enfermagem não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos. Estes princípios, sendo comuns a uma qualquer investigação, têm no entanto particularidades inerentes à disciplina científica que lhe serve de base.

Neste sentido, foi elaborado uma RIL numa temática de bastante interesse para a população feminina, durante a gravidez e no pós-parto. Foram conseguidas algumas conclusões que consideramos fundamentais para a prática clínica. Através da literatura revista concluiu-se que a prevenção da IU é conseguida com melhores resultados se os exercícios do MPP forem realizados mediante um programa intensivo mas adequado ao estilo de vida de cada mulher, com a supervisão do treino por parte de fisioterapeutas e/ou enfermeiros especialistas, de forma a garantir o seu cumprimento. Também verificou-se que se trata de um tratamento rentável que utiliza menos recursos e tem menos efeitos secundários do que tratamentos farmacológicos e/ou cirúrgicos e que poderá também ser indicado um programa de exercícios de dose suficiente à população feminina em geral para prevenir a IU na puerpéra.

Com o conhecimento científico adquirido através da melhor evidência e uma metodologia de trabalho segura e coerente, constituem o caminho a seguir, com a adoção de práticas de qualidade, que potenciam ganhos em saúde na saúde da mulher, recém-nascido e sua família.

O objetivo central deste estágio foi atingido, com a demonstração e aquisição das competências do EEESMO recorrendo a estudos atuais e fidedignos, com base na evidência científica mais recente. Para além, disso, através das conclusões e resultados da RIL foi possível colocar em prática a PBE e a investigação em enfermagem, mobilizando conhecimentos na área da Saúde materna e obstetrícia. Durante o estágio profissionalizante, tivemos uma postura correta e ativa, demonstrando empenho, dedicação, trabalho, motivação e gosto por esta área, prestando cuidados individualizados e específicos à mulher, recém-nascido e seus familiares. Para além disso tivemos em atenção a cultura, desejos, valores e crenças de cada mulher/casal, atendendo à sua singularidade e individualidade, abordando sobre as várias opções a tomar, tendo em atenção o bem-estar materno e fetal.

Outro aspecto que tivemos em conta, durante o ensino profissionalizante, foi a construção da confiança entre o EEESMO e a mulher/casal/familiares. Este processo formativo de estabelecimento de confiança foi construído ao longo do ensino clínico, com a prestação de cuidados especializados, com conhecimento científico e com a demonstração das nossas capacidades e segurança nos cuidados prestados, com melhoria da qualidade e bem-estar materno e fetal. Nesta área tão específica da enfermagem temos que ter confiança e segurança nos nossos atos porque somos responsáveis pelo auxílio e vigilância no crescimento e desenvolvimento da gravidez, no seu processo de nascimento e, posteriormente, no processo de adaptação e transição para a parentalidade.

Consideramos que a enfermagem em saúde materna e obstetrícia é uma profissão em constante processo de crescimento científico, e como EEESMO, temos a necessidade permanente de realizar uma procura sistemática e organizada sobre as diferentes temáticas que englobam a saúde materna para acompanharmos e auxiliarmos o seu crescimento.

CONCLUSÃO

Concluindo este percurso formativo e de crescimento pessoal e profissional, apresentamos um relatório consistente com a aquisição das competências específicas do EEESMO e investigação em enfermagem numa temática de interesse relevante para a qualidade de vida da mulher, baseado na evidência científica mais recente.

Perrenoud define competência como a *"capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles"* (1999, pág. 7). Portanto, a competência do EEESMO não se revela somente nos procedimentos técnicos – sejam simples ou complexos, rotineiros ou especializados, mas também na interação com a grávida/parturiente/puérpera e sua família. O processo de desenvolvimento da gravidez e nascimento de um filho é um momento único, imprevisível, por vezes percebido como ameaçador pela gestante e seus familiares. Nesse sentido, a participação do EEESMO no acompanhamento da gravidez e no processo de nascimento requer competência do ponto de vista não somente técnico, como também humano, refletindo-se não só no nascimento mas igualmente em todo o processo de maternidade.

Este relatório teve como objetivo central expor, o mais fiel possível, as atividades, intervenções e ações desenvolvidas ao longo do estágio profissionalizante. Construímos uma panóplia de reflexões sobre várias realidades e práticas, motivadoras de mudanças positivas e evolutivas, incidindo nos momentos mais marcantes e potenciadores de aprendizagem, que permitiram o crescimento profissional. Para além de aprender com o sucesso foi possível aprender com as dificuldades e incidentes críticos que foram surgindo, que mereceram uma atenção especial, com a mobilização de estratégias facilitadoras de aprendizagem e, para isso, foi necessário uma busca exaustiva e uma reflexão crítica e sustentada à luz da evidência científica atual e pertinente.

Assim, a Enfermagem como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. Uma prática de Enfermagem baseada na evidência é a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis (OE, 2006).

A RIL, como componente da investigação em enfermagem, permitiu-nos evidenciar as capacidades, saberes e competências da investigação, servindo de guia para a nossa prática diária.

Através da RIL conclui-se que existem de facto evidências de que as mulheres que realizem exercícios dos MPP de forma intensiva e supervisionada durante a gravidez reduzem a probabilidade de sofrer de IUE num período pós-parto compreendido entre três meses a um ano e que a eficácia dos exercícios dos MPP na prevenção da IUE é maximizada se o programa de treino for intensivo, individualizado e supervisionado, no entanto é necessário proceder a investigações futuras. Após a conclusão desta investigação, propomos as seguintes opções de estudo: efetuar o acompanhamento dos resultados a longo prazo e averiguar a eficácia de diferentes programas de treino, com o objetivo de estabelecer o método ótimo de tratamento, determinando o número e frequência da realização destes exercícios e qual a melhor estádio para os iniciar.

Relativamente às implicações na prestação de cuidados na prática clínica, podemos centrarmo-nos na necessidade de incluir, na consulta de enfermagem pré-natal e também no pós-parto, o ensino às grávidas e puérperas, da importância e realização dos exercícios do MPP. Como futuros ESSMO percebemos também a utilidade da divulgação deste tema junto dos restantes profissionais para podermos minimizar a prevalência da IUE e desta forma evitar que esta patologia comprometa a vivência feliz da gravidez e do puerpério.

Portanto, podemos concluir que os objetivos principais foram alcançados com a aquisição plena das competências, aptidões, atitudes do EEESMO, com a descrição de todas as atividades, intervenções, condutas realizados no âmbito do ensino clínico, recorrendo constantemente à evidência científica mais recente, de forma a acompanhar o crescimento ativo da Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, dando resposta ao que está preconizado no regulamento das competências específicas do EEESMO.

Por outro lado, os objetivos da componente de investigação foram, equitativamente, conseguidos, demonstrando a eficácia e importância da realização dos exercícios do pavimento pélvico na prevenção da IUE.

Nada disto não seria possível sem o apoio, formação, auxílio, companheirismo, calma, destreza, paciência, amabilidade, supervisão, aconselhamento, partilha de informação, de experiências, no sentido de oportunidade das tutoras/orientadoras do estágio, que nos auxiliaram a crescer, aprender, adquirir conhecimentos, práticas, habilidades, competências, a saber identificar, atempadamente, situações de risco, contribuindo para o crescimento da nossa paixão pela área da Saúde Materna e Obstetrícia.

Podemos concluir que o EEESMO é o profissional de saúde com competências de nível avançado, para responder às necessidades da mulher e sua família ao longo do ciclo reprodutivo,

nas diversas áreas de intervenção, com vista à maximização do potencial da sua saúde. Concebe, planeia, implementa e avalia cuidados a prestar à mulher nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal, e ao recém-nascido, de forma a promover a saúde e a prevenir a doença.

Parafraseando, Antoine Saint Exupéry na sua obra-prima *“O Pequeno Príncipe”*: ***“Foi o tempo que perdeste com a tua rosa, que fez a tua rosa tão importante.”*** Concluimos que este processo foi o início de uma longa caminhada de aprendizagem e aquisição de conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACCORSI, L. A. - Efeitos das isoflavonas sobre o assoalho pélvico e a vascularização peri:uretral de mulheres na pós:menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, n. 9. v. 28, (Set. de 2006).
- ALMEIDA, O. - *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*. Tese de dissertação: FMUP. 2007 .
- ATALLAH AN; CASTRO AA.- *Evidências para melhores decisões clínicas*. São Paulo, Centro Cochrane do Brasil; 1998.
- BARBOSA, A. [et al.] - Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 27, n. 11 (2005) p. 677-682.
- BARROS, S. M. - *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Manole, ltda, 2006.
- BECK, C.; DRISCOLI, J. - *Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide*. Sudbury: MA: Jones & Bartlett Publishers, 2006.
- BÉRTOLO, H.; LEVY, L. - *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: UNICEF, 2008.
- BO, K. - Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J* (2004), p. 76–84.
- BO, K.; HAAKSTAD, L. A. - Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomised controlled trial. *Physiotherapy* 97 (2010), p. 190–195.
- BOULET, S. [et al.] - Fetal growth risk curves: defining levels of fetal growth restriction by neonatal death risk. *Am J Obstet Gynecol*. (2006), p. 1571-7.
- BOYLE, R. [et al.] - Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (17 Oct 2012); 10.

BRADLEY, J. G.; DAVIS, R. - Orthostatic Hypotension. Southern Illinois University School of Medicine, Decatur, Illinois. *Am Fam Physician* (2003), p. 2393-2399.

BRANCATO, R. M.; CHURCH, S.; STONE, P. W. - A Meta-Analysis of Passive Descent Versus Immediate Pushing in Nulliparous Women With Epidural Analgesia in the Second Stage of Labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 37(1), (2008 Jan-Feb), p.4-12.

BRODSKY, D.; CHRISTOU, H. - Current concepts in intrauterine growth restriction. *J Intensive Care Med*. (2004), p. 307-19.

BROSTROM, S.; LOSE, G. - Pelvic floor muscle training in the prevention and treatment of urinary incontinence in women: what is the evidence?. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 87(4), (2008), p.384-402.

CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa : 2ª Edição: Lidel. 2008.

CANAVARRO, M.; PEREIRA, A. - *Gravidez e maternidade na adolescência*, 2001. In MARIA CRISTINA CANAVARRO (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 323-358). Coimbra: Quarteto.

CANTILINO, A. [et al.] - Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 37(6), (2010), pp. 288-294.

COSTA, Caren; SANTOS, Luciana; FERREIRA, Monique - *O Fortalecimento Dos Músculos Do Assoalho Pélvico Com A). O Fortalecimento Dos Músculos Do Assoalho Pélvico Com A Técnica De Biofeedback Em Mulheres Com Incontinência Urinária De Esforço*. Belém, 2008. Universidade Da Amazônia – Unama Centro De Ciências Biológicas E Da Saúde – Ccbs Curso De Fisioterapia - Trabalho Conclusão Curso Fisioterapia

COUTINHO, Emília - A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Revista de Enfermagem*, Número 30, (Outubro de 2004).

CUERVO, L.; BERNAL, M.; MENDOZA, N. - Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour--The Randomised Controlled Trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 6:8, (2006).

Cuningham [et al.] - *Obstetricia de Williams*. 23ª edição, Artmed, 2010.

D'ESPINEY, L. - *Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional-Grupos por Área de Conhecimento*, 2004 .

DIRECTIVO, Conselho - *Investigação em Enfermagem, Tomada de Posição*. Lisboa: OE, 2006.

DOLLAR, D.; RAYMOND, F.; ROBERTA, G. - Are Women Really the 'Fairer' Sex? Corruption and Women in Government. *Journal of Economic Behavior & Organization*, (2001), pp. 423-29.

DORES, J. - *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez*. Janeiro, 2011.

EM, B. - Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*. 188(1), (2006), 32-6..

ENFERMAGEM, C. D. (2010). *Parecer n.º 275: Realização de Cardiotocografia*.

ENFERMEIROS, Ordem dos - *Investigação em Enfermagem, Tomada de Posição*. Lisboa: OE, 2006.

ENFERMEIROS, Ordem dos - *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa, 2010.

ENKIN, E. A. - *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

EUROPEIA, P. E.. -Directiva 2005/36/CE: 7 de Setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Jornal Oficial da União Europeia*, 7 de Setembro de 2005.

FIGUERAS, F.; GARDOSI, J. - Intrauterine growth restriction: new concepts in antenatal surveillance, diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*, Abril 2011, pp. 288-300.

FINE, E. A. - *Teaching and practicing of pelvic floor muscle exercises in primiparous women during pregnancy*. *Am J Obstet Gynecol*, p. 197:107, 2007.

FINE, P. [et al.] - *Teaching and practicing of pelvic floor muscle exercises in primiparous women during pregnancy and the postpartum period*. *Am J Obstet Gynecol*, pp. 107.e1-5, 2007.

FLEURY, M. T.; FLEURY, A. - *Construindo o Conceito de Competência*. RAC, Edição Especial, pp. 183-196, 2001.

FRASER, D.; COOPER, M. - *The psychology and Psychopathology of Pregnancy and Childbirth*. Elsevier, 2008, p. 435-48.

FREITAS, S. L. [et al.] - *Sistematização Da Assistência De Enfermagem À gestante Com Hemorragias Da Gestação*. Campos Grande: Centro de Ciências Biológicas e da saúde Departamento de Enfermagem. Campo Grande (2010).

GADONSKI, G.; IRIGOYEN, M. - Aspectos fisiológicos da hipertensão arterial na gravidez. *Hipertensão*.11(1):4-8 (2008), p. 4-8.

GILBERT, E.; HARMON, J. - *Manual prático de gravidez e parto de alto risco*. Revinter 2 edição, 2002.

GRAÇA, L. M. - *Medicina Materno-Fetal* . 4º Edição: Lidel, 2010.

GUZMÁN-JUÁREZ, W. [et al.] - Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex*, Volume 80, n.º 7 (Junho de 2012), p. 461-466.

GYNAECOLOGISTS, R. C. - *Shoulder Dystocia*. Março, orientação nº42, 2012.

GYNECOLOGISTS, A. C. - *Guidelines on Antepartum Fetal Surveillance*, 2000.

GYNECOLOGISTS, A. C. - Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.*, (2006), p. 465-6,.

HAY-SMIT, H. E., [et al.] - *Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011 .

HERON, J. [et al.] - Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG*. 115(3) (2008), p. 348-53.

HILL, E. A. - Pyelonephritis in Pregnancy. *ObstetGynecol* (2005), p. 18-23.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. - *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Elsevier 8ª Edição, 2011.

HUEBNER, M. - *Pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: A randomized, controlled trial comparing different conservative therapies*. *Physiother Res Int*, Sep. 16(3) (2010), p.133-4..

IAMS, J. D. - *Predição e detecção precoce do trabalho de parto pré-termo*. In QUEENAN, *Gestação de Alto Risco – Diagnóstico e Tratamento baseados em Evidência*. Porto alegre: Artmed, 2010.

INSTITUTE, T. J. - *Joanna Briggs Institute reviewers' manual*. Australia: 2011 edition, 2011.

- KIM, E.Y.; KIM, S.Y.; OH, A. D. W. - Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training. *Clinical Rehabilitation*, Feb. 26(2) (2011), p. 132–141.
- LEVIN, R. F.; SINGLETON, J. K.; JACOBS, S. K. - *Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach*, 2007 .
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. Loures: 7º Edição Lusodidacta, 2008 .
- MADIA, J. [et al.] - Apgar score of zero at one minute: Perinatal factors and early neonatal outcomes. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, volume 5, n.º 1 (2012), p. 65–70.
- MARQUES, Joana; REYNOLDS, Ana. - Distócia de ombros – Uma emergência obstétrica. *Acta Med Port* , 24 (2011), p. 613-620.
- MARTINS, J. - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. Volume 12, n.º 2, (2008), p. 62-66.
- MELEIS, A. I. - Theoretical nursing: development and progress. *Philadelphia: J. B. Lippincott Company*, 2nd Edition. (1991), p. 617.
- MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. - Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* , vol 17, n.º 4 (2008), p. 758-764.
- MOREIRA, E. A. - O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. *Cognitare Enfermagem*, Outubro-Dezembro , (2009), p. 720-728.
- MØRKVED, S. E. - Effect of adding biofeedback to pelvic floor muscle training to treat urodynamic stress incontinence. *Obstet Gynecol*, 100 (2002), p. 730–9.
- NAGER, A. [et al.] - Obstetric complications and postpartum psychosis: a follow-up study of 1.1 million first-time mothers between 1975 and 2003 in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 117(1) (2008), pp. 12-9.
- NETO, A. D.; CÓRDOBA, J. C.; PERAÇOLI, J. C. - *Etiologia da restrição de crescimento intrauterino (RCIU)*. *Comun. ciênc. saúde*;22(supl. 1) (2011) , p. 21-30.
- NICE - *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*, Setembro de 2007.

OBSTETRÍCA, M. D. - *Parecer n.º 23/2011: Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera durante o internamento hospitalar*, 2011.

OBSTETRICS, I. F. - GUIDELINES: Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119, (2012), pp. 111–116.

OLIVEIRA, R. S. - *Hipertensão na Gravidez*. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida, 2008.

ORGANIZATION, W. H. - *Care in normal birth: a practical guide*. *Birth* (1997), p. 121-3.

OYELESE, Y.; SMULIAN, J. C. - *Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa*. *Obstetrics&Gynecology*: v.107, n.4 (2006), p. 927-941.

PASSOS, F.; CLODE, N.; MENDES-DA-GRAÇA, L. - *Pielonefrite na gravidez*. *ActaObstetGinecolPort* , 2(4), (2008), p. 173-177.

PEDIATRIA, Sociedade Portuguesa - *Consensos de Neonatologia*. Coimbra, 2004 .

PERRENOUD, P. - *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PRICE, N.; DAWOOD, R.- Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review . *Maturitas*. Dec; 67(4) (2010), p.309-15.

RABELO, L. R. - *A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar* . Porto Alegre: Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal Rio Grande do Suli, 2006.

REILLY, E. A. - Prevention of Postpartum Stress Incontinence in Primigravidae with Increased Bladder Neck Mobility: a Randomized Controlled Trial of Antenatal Pelvic Floor Exercises. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109.1 (2010), pp. 68-76.

RICCI, S. - *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2008.

RÍMOLO, M. L. - *Crítérios para a realização da episiotomia: uma revisão integrativa*. Porto Alegre, 2011.

ROBERTS, J. - *The “push” for evidence: management of the second stage*. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, [S.l.], v. 47, n.1 Jan-Fev de 2002.

RODRÍGUEZ, R. M.; PELÁEZ, M.; BARAKAT, R. - Fortalecimiento del suelo pélvico y gestación . *Suelo Pélvico* (2012), p. 39-43.

SÁ, Renato [et al.] - Predição e prevenção do crescimento intrauterino restrito. *Femina* vol 37 | nº 9, (Setembro de 2009), p.511-514.

SALE, S.; WOLF, A. - *Analgesia*. 2004 . In R. T. *Neonatology*, Elsevier Churchill Livingstone (pp. 423-432). Elsevier .

SANTOS, C. - *História de vida de gestantes de alto risco na teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Ana Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, E. D. - Puerpério Normal. *Cidade Futura*, Florianópolis: 2ª ed, (2002), p. 117 - 133.

SHEFFIELD, J.; CUNNINGHAM, F. - Urinary Tract Infection in Women. *ObstetGynecol* (2005), p. 1085-92.

SILVA, C. F. - Paternidade e as vivências do pai adolescente. *Revista Da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras* , n.º 12 (2012).

SILVA, Tiago; SILVA, Lincoln - Escalas De Avaliação Da Dor Utilizadas No Recém-Nascido Revisão sistemática. *Acta Med Port* , 23 (2010), p. 437-454.

SIT, D.; ROTHSCHILD, A.; JISNER, K. - A review of postpartum psychosis. *J Women's Health*. 15(4), (2006), p. 352-66.

SMYTH, R. M.; ALLDRED, K.; MARKHAM, C. - *Amniotomy for shortening spontaneous labour* . Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008 .

SOBREIRA, M. L.; YOSHIDA, W. B.; LASTÓRIA, S. - Tromboflebite superficial: epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento . *J Vasc Bras*, vol 7, n.º2 (2008), pp. 131-143.

SOUZA, K. [et al.] - *Competência: diferentes abordagens e interpretações como estímulo à Ciência da Informação*. São Paulo. Anais.: Seminário Nacional De Bibliotecas Universitárias, 15, 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. D. - Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. n.º 8 , pp. 102-106, 2010.

STRICKLAND, C.; DARBY-STEWART, A. L.; JAMIESON, B. - Do abnormal fetal kick counts predict intrauterine death in average-risk pregnancies? *Clinical Inquiries*, 58 (4) (2009), p. 220a-220c.

SVEIBY, K. E. - *A nova riqueza das organizações*. Rio de Janeiro: Campus. 1998.

THOM, D.; RORTVEIT, G. - Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, United States, v.89, (2010), p. 1511 - 1522.

VASCONCELOS, K. L. [et al.] (2013). Partograma: Instrumento Para Segurança Na Assistência Obstétrica. *Revista de enfermagem*, 7(2) (2013), p. 619-624.

WILSON, P. [et al.] - *Adult conservative management*. In P. ABRAMS, L. CARDOZO, S. KHOURY, & A. WEIN, *Incontinence-management*. (2005), p. 855-964.

WOMEN'S, N. C. - *Clinical Guideline: Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman*. London: RCOG Press, 2008.

ANEXOS

ANEXO I:

Número de Partos Realizados e Assistidos

Nº	Nº do Processo	Data	Partos Executados		Partos Participados	
			Com Episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos
1	8068714	19/03/2013	X			
2	12016638	24/03/2013		X		
3	12015713	24/03/2013	X			
4	12003761	24/03/2013	X			
5	12015643	25/03/2013	X			
6	10010441	05/04/2013	X			
7	13004805	05/04/2013	X			
8	97016294	05/04/2013		X		
9	13000169	04/04/2013	X			
10	8072857	06/04/2013	X			
11	6006475	06/04/2013	X			
12	12016785	06/04/2013	X			
13	12015673	07/04/2013	X			
14	13000452	17/04/2013	X			
15	13003047	19/04/2013	X			
16	1201531	23/04/2013	X			
17	13004140	24/04/2013	X			
18	13003194	24/04/2013		X		
19	13003189	29/04/2013	X			
20	99012462	29/04/2013	X			
21	3000492	30/04/2013	X			
22	13004204	05/05/2013	X			
23	20000166	06/05/2013	X			
24	7019795	06/05/2013		X		
25	3007705	07/05/2013	X			
26	20001870	07/05/2013		X		
27	11015535	10/05/2013	X			
28	6014606	10/05/2013	X			
29	13004160	13/05/2013	X			
30	4011244	17/05/2013	X			
31	12014639	18/05/2013	X			
32	8049605	25/05/2013	X			

33	20000528	31/05/2013		X		
34	7019256	05/06/2013		X		
35	12008343	05/06/2013	X			
36	98013287	05/06/2013	X			
37	10002275	05/06/2013	X			
38	8061714	07/06/2013		X		
39	2009354	10/06/2013		X		
40	20004140	10/06/2013		X		
41	13005369	11/06/2013		X		
42	20014229	12/06/2013	X			
43	9004322	16/06/2013		X		
44	1012594	16/06/2013	X			
45	13004024	17/07/2013	X			
46	13006321	18/06/2013	X			
47	98011784	22/06/2013		X		
48	98008631	28/06/2013	X			
49	1300574	28/06/2013	X			
50	2008384	30/06/2013		X		
51	5008793	02/07/2013	X			
52	4011281	02/07/2013		X		
53	3006259	05/04/2013				X
54	8003546	23/04/2013				
55	7000563	08/05/2013				X
56	10015331	23/05/2013				X
57	13003199	04/06/2013				
58	7009352	16/06/2013				
59	98021590	16/06/2013				X
60	8002735	22/06/2013				X
61	4012307	23/06/2013				X
62	13010035	05/07/2013				X
TOTAL			37	15		7

